

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde
Mental e Psiquiatria no Cuidar da Pessoa com
Perturbação Depressiva Major: a Relação como
Instrumento Terapêutico**

Vera Alexandra Pires Antunes

Lisboa
2017





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no Cuidar da Pessoa com Perturbação Depressiva Major: a Relação como Instrumento Terapêutico

Vera Alexandra Pires Antunes

Orientador: Professora Ana Melo

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À professora Ana Melo, pela sua grande humanidade e sensibilidade, pela sua dedicação e cuidado, pela sua inteligência e perspicácia, pelo seu saber e pela sua força e coragem para acreditar em mim e neste projeto acadêmico. Foi um privilégio tê-la como orientadora.

Às pessoas de quem cuidei, por partilharem comigo pedaços da sua alma, da sua intimidade. Por me ajudarem a reencontrar-me com a minha humanidade e a ser uma enfermeira melhor.

Aos enfermeiros que se cruzaram comigo neste caminho, em particular a Enfermeira Vânia e a Enfermeira Arlete por me terem acolhido tão bem e partilhado comigo os seus saberes sobre a Relação.

À minha família, em particular à minha mãe pelo carinho e presença atenta e por ter sido a primeira pessoa que me ensinou a Cuidar.

Aos meus amigos, em especial à Vera, que foi minha companheira, com quem partilhei lágrimas e risos, por ser uma pessoa tão especial, e me desafiar sempre a ser uma pessoa e uma enfermeira melhor.

Aos meus colegas de curso, em especial ao Ricardo, por me escutar e acreditar em mim e por todos os seus sábios conselhos.

Ao Diogo, que entrou na minha vida no momento certo, por despertar o melhor de mim e tornar o meu mundo melhor.

Obrigada a todos por fazerem parte da minha caminhada, por me darem abrigo, calor e alimento quando precisei, por cuidarem das minhas feridas e dores, por enxugarem as minhas lágrimas, por tornarem os meus passos menos solitários, por iluminarem o meu caminho, por me ensinarem a orientar-me pelas bússolas e estrelas do céu. Obrigada a cada um de vós por me ajudar a chegar ao meu destino.

“ Não é o crítico que conta; nem aquele que aponta para o homem forte que tropeça, ou que diz que os que realizaram algo o podiam ter feito melhor.

O crédito pertence ao homem que está de facto na arena, com o rosto desfigurado pela poeira, suor e sangue; que se esforça com valentia; que erra, que falha vezes sem conta, pois não há esforço sem erros e falha; mas que se esforça realmente por lograr as suas ações; que conhece grande entusiasmo, grandes devoções; que se consome numa causa digna; que, no melhor dos casos, conhece no final o triunfo dos grandes feitos e que, no pior dos casos, se falhar, pelo menos falha enquanto ousa ser grande...”

Excerto do discurso “Cidadania na República” ou “O Homem na Arena”, proferido na Sorbonne por Theodore Roosevelt a 23 de Abril de 1910

RESUMO

Este relatório pretende dar a conhecer o percurso de desenvolvimento de competências de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, através do exercício descritivo e reflexivo sobre as atividades realizadas no âmbito dos ensinos clínicos.

O trabalho foi desenvolvido em torno da dimensão relacional da prática de enfermagem, em particular, a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa com perturbação depressiva major. A perturbação depressiva major é uma patologia mental cada vez mais comum, responsável por custos elevados para a sociedade e com um enorme impacto na vida da pessoa doente e da sua família.

A Enfermagem, enquanto disciplina da área da saúde, tem um papel de relevo, contribuindo com o seu conhecimento científico e a sua prática para o alívio do sofrimento da pessoa com perturbação depressiva major e para o seu processo de recuperação, com uma abordagem única e profundamente humana onde a relação terapêutica se assume como elemento central.

O estabelecimento de uma relação terapêutica é um grande desafio que requer do enfermeiro o desenvolvimento de competências humanas e técnicas diferenciadas. Este percurso de aprendizagem foi sustentado, do ponto de vista teórico pela Teoria das Relações Interpessoais de Hildgard Peplau.

Nos ensinos clínicos pretendeu-se aprofundar o fenómeno da relação terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e desenvolver competências relacionais, bem como desenvolver uma atitude auto-reflexiva e de desenvolvimento pessoal.

No ensino clínico em contexto de internamento foram desenvolvidas atividades de grupo, foram trabalhadas as dimensões de auto-conhecimento e auto-reflexão e ao cuidar de um utente ao longo do seu internamento foram desenvolvidas competências relacionais e de auto-conhecimento.

No ensino clínico em contexto de ambulatório foi observada a relação enfermeiro-utente e a construção de interações terapêuticas com os utentes. Foi ainda privilegiado o processo reflexivo e de crescimento pessoal, desenvolvendo o auto-conhecimento, auto-reflexão e a capacidade de resiliência.

Este percurso académico foi um caminho de crescimento pessoal e profissional, que contribuiu para o amadurecimento pessoal e conduziu ao desenvolvimento consistente das competências específicas de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Palavras chave: Enfermagem de Saúde Mental, Perturbação depressiva major, Hilgard Peplau, Relação Terapêutica.

ABSTRACT

This report aims to present the journey of development of the Mental Health Nursing Specialist skills, through the exercise of description and reflection about the activities developed in the internship.

The work was developed in the scope of the relational dimension of nursing practice, in particular, the relationship established between the nurse and the person who has a major depressive disorder. The major depressive disorder is a common mental pathology, responsible for high costs for society and with an enormous impact on the person's life and the one of his family.

Nursing as a health discipline has an important role contributing with the scientific knowledge and practice in the relief of the person's and his family pain and in the process of recovery, with a unique approach, deeply human, where the therapeutic relationship has a central role.

In the internship the goal was to deepen the knowledge about the therapeutic relationship in mental health nursing and develop relational skills and an attitude of self-reflection and personal development.

In the inpatient setting group activities were developed, reflective work was done and while caring for a patient, there was a growth in relational skills and self knowledge.

In the outpatient setting the relationship between the nurse and the patients were observed as well as the construction of therapeutic interactions. A reflective and growth process was done, developing self-knowledge, self-reflection and resilience skills.

This academic journey was a path of personal and professional development, which contributed for personal growth and conducted to the acquisition of the specific skills of mental health nursing.

Keywords: Mental Health Nursing, Major depressive disorder, Hilgard Peplau, Therapeutic Relationship.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychiatric Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO.....	11
1.PROBLEMÁTICA: A PESSOA COM PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR.....	14
1.1 Epidemiologia.....	14
1.2 Sintomatologia e tratamento	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
2.1 A relação como instrumento terapêutico-Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem de Hildegard Peplau.....	19
2.2 A relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa com perturbação depressiva major: revisão da literatura.....	21
3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM- REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA DESENVOLVIDA.....	25
3.1 Ensino clínico em contexto de internamento.....	25
3.1.1 Atividades em grupo.....	25
3.1.2 Processo reflexivo e de auto-conhecimento.....	29
3.1.3 Cuidar de um utente - construir uma relação.....	34
3.2 Ensino clínico em contexto de ambulatório.....	53
3.2.1 A consulta de enfermagem: observando a relação enfermeiro-utente e construindo interações terapêuticas.....	55
3.2.2 Processo reflexivo e de crescimento pessoal.....	59
3.3 Contributos dos ensinamentos clínicos no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.....	63

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
--	-----------

APÊNDICES

Apêndice 1 Atividade de grupo de movimento e dança “Sentimento em movimento”

Apêndice 2 Atividade de grupo de relaxamento “Tranquilamente”

Apêndice 3 Primeira Reflexão

Apêndice 4 Segunda Reflexão

Apêndice 5 Terceira Reflexão

Apêndice 6 Estudo de caso

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como finalidade apresentar o meu percurso de desenvolvimento de competências de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, através do exercício descritivo e reflexivo sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio e sua posterior discussão pública.

Desde muito cedo senti um forte apelo e curiosidade pelo mistério infinito que são as relações humanas e penso que escolhi ser enfermeira em parte por isso, uma vez que a enfermagem é uma profissão cuja componente relacional é onnipresente.

Após seis anos de prática profissional na área de medicina interna, a escolha em frequentar o mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiatria está intimamente ligada à necessidade de refletir sobre a dimensão relacional da prática de enfermagem e ao desejo de desenvolver as minhas competências relacionais na prestação de cuidados.

Ao longo do meu caminho profissional tenho sentido que a dimensão relacional da enfermagem é frequentemente, pouco reconhecida e valorizada. Contudo, vários autores afirmam que esta constitui o *core* da prática de enfermagem. Tal como defende a OE

o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas. (...) A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (2001, p.10).

No que diz respeito à enfermagem de saúde mental e psiquiatria, a OE afirma: “a especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico (...)” (2011, p.2).

O estabelecimento de uma relação terapêutica é um grande desafio que requer do enfermeiro o desenvolvimento de competências humanas e técnicas diferenciadas. É na minha busca pelo saber ser e saber fazer, que este percurso académico surge.

Posto isto, fez-me sentido que o trabalho se desenvolvesse em torno da dimensão relacional da prática de enfermagem, em particular, a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa com perturbação depressiva major.

A perturbação depressiva major é uma patologia mental cada vez mais comum, responsável por custos elevados para a sociedade e com um enorme impacto na vida da pessoa doente e da sua família.

A Enfermagem, enquanto disciplina da área da saúde, tem um papel de relevo, contribuindo com o seu conhecimento científico e a sua prática para o alívio do sofrimento da pessoa com perturbação depressiva major e da sua família, e para o seu processo de recuperação, com uma abordagem única e profundamente humana onde a relação terapêutica se assume como elemento central.

Como âncora teórica optei pela Teoria das Relações Interpessoais de Hildgard Peplau, pela ênfase que é atribuída à dimensão relacional e por ser um modelo teórico que suscita permanente reflexão interna e auto-conhecimento.

Este relatório procura espelhar o meu percurso de aprendizagem, que esteve longe de ser fácil e linear, mas que foi profundamente gratificante e enriquecedor.

Durante os ensinamentos clínicos procurei desenvolver atividades que me proporcionassem experiências em que aprofundasse o meu conhecimento acerca da relação terapêutica. Os objetivos que delineei foram: desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatra, definidas pela OE, desenvolver competências relacionais, necessárias ao estabelecimento de relações terapêuticas e desenvolver uma atitude auto-reflexiva e de desenvolvimento pessoal.

De entre as várias atividades realizadas durante os ensinamentos clínicos dediquei-me com mais profundidade ao estudo de caso, que elaborei a partir da experiência de cuidar de um utente ao longo do seu internamento. Esta opção metodológica ofereceu-me a possibilidade de explorar e aprofundar algumas das questões teóricas e práticas envolvidas na construção da relação enfermeiro-utente.

Porque descobrir o outro é também descobrirmo-nos a nós mesmos, este trabalho, para além da apresentação e reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem, é, sobretudo, um profundo, sensível e íntimo olhar sobre mim mesma.

O relatório encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro capítulo, exploro a problemática da pessoa com perturbação depressiva major, dando destaque à epidemiologia, sintomatologia e tratamento. No segundo capítulo exponho o referencial teórico que constituiu o pilar deste meu percurso de aprendizagem: a Teoria das Relações Interpessoais de Hildgard Peplau e apresento também alguns dados da investigação em enfermagem sobre a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa com perturbação depressiva major. O terceiro capítulo, onde reflito sobre o meu caminho de aprendizagem, está dividido em três subcapítulos, que dizem respeito ao ensino clínico em contexto de internamento, ao ensino clínico em contexto comunitário e ainda um subcapítulo onde apresento os contributos dos ensinamentos clínicos no desenvolvimento de competências de EESMP. Para finalizar desenvolvo algumas reflexões finais sobre as aprendizagens realizadas e as contribuições deste caminho para o meu crescimento.

1.PROBLEMÁTICA - A PESSOA COM PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR

1.1 Epidemiologia

No estudo da Organização Mundial de Saúde, “The Global Burden of Disease” constata-se que na Europa as perturbações psiquiátricas são responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade, destacando-se entre as dez principais causas de incapacidade: a depressão, o alcoolismo, a esquizofrenia e a doença bipolar (OMS, 2008).

A depressão major encontra-se entre as principais causas de incapacidade a nível mundial, diminuindo a qualidade de vida das pessoas, bem como a produtividade laboral e aumentando o absentismo, daí resultando custos diretos e indiretos pesados para a sociedade. Os custos associados às perturbações psiquiátricas, decorrentes das despesas de assistência e da diminuição da produtividade têm um enorme impacto económico, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde (DGS, 2012).

As perturbações depressivas representam a 3ª causa de carga global de doença, (1ª nos países desenvolvidos), estando previsto que assem a ser a 1ª causa a nível mundial em 2030, com agravamento previsível das taxas de suicídio e outros comportamentos da esfera suicidária. (DGS, 2012).

No que se refere ao contexto português, Almeida & Xavier (2013) realizaram um estudo epidemiológico nacional de saúde mental. O total de prevalência de perturbação mental era de 22,9% na população portuguesa, sendo a perturbação depressiva e a perturbação da ansiedade as mais expressivas com 7,9% e 16,5% respetivamente.

1.2 Sintomatologia e tratamento

De acordo com os dados epidemiológicos expostos a perturbação depressiva major representa custos elevados para a sociedade uma vez que é uma doença bastante incapacitante.

Esta patologia mental é responsável por um enorme sofrimento para a pessoa que está doente e para quem lhe é próximo, tendo um impacto muito doloroso nas suas vidas pela sua pesada sintomatologia, expressão de um mal estar interno profundo.

De acordo com o DSM-V, a perturbação depressiva major enquadra-se no grupo de perturbações depressivas, que incluem também a perturbação disruptiva de desregulação de humor, a perturbação depressiva persistente (distímia), a perturbação disfórica pré-mestrual, a perturbação depressiva induzida por substâncias/medicação, perturbação depressiva devido a outra condição médica. A temática comum destas perturbações é a presença de tristeza, sensação de vazio, humor irritável, acompanhado de alterações cognitivas e somáticas que afetam a capacidade funcional da pessoa. O que difere entre as diferentes perturbações são a sua duração temporal, ou a presumível etiologia (APA, 2013).

No que diz respeito à perturbação depressiva major, segundo o DSM-V, para preencher os critérios de diagnóstico desta perturbação, a pessoa deve apresentar, no período mínimo de duas semanas e durante a maior parte dos dias, cinco (ou mais) os seguintes sintomas, sendo uma mudança no funcionamento prévio: humor deprimido; marcada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades; perda significativa de peso (sem dieta), ou ganho de peso (uma mudança que represente um aumento/diminuição de 5% do peso corporal); insónia ou hipersónia; agitação psicomotora ou lentificação; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização pessoal e culpa; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar; pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sem um plano específico, ou tentativa de suicídio, ou plano específico de suicídio (APA, 2013).

Pelo menos um dos sintomas deverá ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer nas atividades. Os sintomas causam sofrimento e prejudicam a esfera social e ocupacional da pessoa, ou outras áreas de funcionamento. (APA, 2013).

O humor é frequentemente descrito pela pessoa como deprimido, triste, sem esperança ou coragem. O sentimento de tristeza pode ser negado pelo utente, mas poderá estar implícito durante a entrevista, ou ser inferido a partir das expressões faciais e linguagem não verbal (APA, 2013).

Algumas pessoas dão mais ênfase às queixas somáticas sendo que a fadiga e a alteração no padrão de sono estão presentes em muitos dos casos (APA, 2013).

Muitas pessoas referem um aumento da irritabilidade, que se traduz em sentimentos de raiva persistente, a tendência para responder aos eventos com zanga excessiva, ou em culpar os outros (APA, 2013).

Em relação à perda de interesse ou prazer, os utentes referem não sentir qualquer prazer em atividades, antes consideradas agradáveis. Em algumas pessoas observa-se a redução dos níveis de interesse e desejo sexual (APA, 2013).

As alterações do apetite podem manifestar-se num aumento ou redução deste, podendo resultar em alterações de peso (APA, 2013).

Os distúrbios do sono quando presentes podem apresentar-se como insónia ou hipersónia. Muitas vezes o motivo inicial pelo qual a pessoa procura ajuda são as alterações do padrão de sono (APA, 2013).

As alterações psicomotoras incluem agitação ou lentificação e são graves o suficiente para serem observadas pelos outros (APA, 2013).

A sensação de diminuição de energia, cansaço ou fadiga são comuns. Algumas pessoas referem que até pequenas tarefas, antes realizadas de forma rotineira, requerem um grande esforço da sua parte. Referem ainda que a sua eficiência a desempenhar estas tarefas está reduzida (APA, 2013).

Os sentimentos de culpa e autodesvalorização incluem avaliações negativas e irrealistas sobre o seu valor próprio e sentimentos de culpa ou pensamentos ruminativos acerca de eventos passados. Algumas destas pessoas interpretam eventos casuais, do dia-a-dia, como evidência dos seus defeitos pessoais e têm uma exagerada sensação de responsabilização perante esses eventos. Referem sentir-se culpadas por estarem doentes e por falharem no cumprimento das suas responsabilidades profissionais e pessoais (APA, 2013).

Muitas pessoas referem incapacidade em pensar ou concentrar-se, ou mesmo tomar pequenas decisões (APA, 2013).

As ideias de morte e ideação suicida estão por vezes presentes, e por vezes ocorrem tentativas de suicídio (APA, 2013).

De acordo com a APA (2013) os fatores de risco para o desenvolvimento da perturbação depressiva major, ou que podem contribuir para o prognóstico desta perturbação, podem ser divididos em três grupos: os fatores temperamentais, os ambientais, os genéticos e fisiológicos.

No que se refere aos fatores temperamentais, o neuroticismo está descrito como um fator de risco, pois os indivíduos que apresentam este traço encontram-se mais vulneráveis a desenvolver uma perturbação depressiva, em resposta a eventos de vida stressantes (APA, 2013).

Quanto aos fatores ambientais, os acontecimentos de vida stressantes são reconhecidos como precipitantes de episódios de depressão major. Também as experiências adversas na infância, que incluem perdas precoces, negligência, abuso físico ou sexual, podem constituir potenciais fatores de risco para o desenvolvimento da perturbação depressiva major (APA, 2013).

Os fatores de risco genéticos ou fisiológicos incluem membros da família em primeiro grau, com perturbação depressiva major. Para as pessoas com familiares em primeiro grau com perturbação depressiva major o risco de vir a desenvolver esta perturbação é quatro vezes maior que o da população em geral. A sua hereditariedade é aproximadamente de 40% (APA, 2013).

Qualquer outra perturbação (sem ser do humor) está associada a um risco aumentado desenvolver depressão. Condições médicas crónicas ou incapacitantes aumentam o risco de desenvolver perturbação depressiva major. A prevalência de diabetes, obesidade mórbida e doenças cardiovasculares aumentam o risco desta perturbação (APA, 2013).

No que se refere ao tratamento desta perturbação podem ser utilizadas a farmacoterapia e a psicoterapia, em combinação, ou não. Diversos estudos têm demonstrado que diferentes formas de psicoterapia, como a cognitivo-comportamental, a interpessoal e a psicodinâmica, podem ser eficazes. (APA, 2013).

A terapia cognitivo-comportamental foca-se na mudança dos padrões de pensamento disfuncionais da pessoa, sobre si própria, sobre o ambiente que a rodeia ou sobre o futuro. Este tipo de terapia desenvolve as estratégias de resolução de problemas e as competências interpessoais. Vários estudos randomizados

controlados têm demonstrado a eficácia desta forma de terapia na perturbação depressiva major (Richards & Perri, 2002).

A terapia interpessoal também apresenta um suporte empírico considerável no tratamento da depressão. Este tipo de terapia possui três fases, que se focam nas seguintes questões: avaliação e definição de metas, problemas interpessoais relacionados com a depressão do utente e planeamento do futuro (Richards & Perri, 2002).

A terapia psicodinâmica dá ênfase à relação terapêutica entre o terapeuta e o utente. Esta terapia utiliza a análise das defesas e a exploração dos fenómenos de transferência e contratransferência. Vários estudos demonstram que a terapia psicodinâmica é tão eficaz no tratamento depressão como a terapia interpessoal e a terapia cognitivo-comportamental (Gabbard, 2006).

A farmacoterapia tem demonstrado ser eficaz, na redução da sintomatologia depressiva. A investigação sugere que a combinação entre a farmacoterapia e psicoterapia aumenta significativamente a probabilidade de recuperação da pessoa com perturbação depressiva major (Gabbard, 2006).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para construir os alicerces deste trabalho no âmbito da relação terapêutica em enfermagem, senti necessidade de me ancorar num referencial teórico que se constituísse como uma pedra basilar nesta empreitada, estruturando a minha intervenção, suportando a reflexão sobre as relações de cuidar e incentivando o meu processo de auto-conhecimento. Senti também necessidade de ter como fundação, base segura desta construção académica, a investigação em enfermagem sobre a temática da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa com depressão.

2.1 A relação como instrumento terapêutico em Enfermagem - Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, de Hildegard Peplau

Peplau define enfermagem como uma relação humana entre uma pessoa que está doente, ou que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para reconhecer e responder às necessidades de ajuda. (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Para esta teórica a enfermagem é um processo terapêutico e interpessoal, que se constitui como uma força maturativa, que aspira ao desenvolvimento da personalidade na direção de uma vida mais criativa, construtiva e produtiva a nível individual e comunitário. A função da enfermagem é, pois, auxiliar no desenvolvimento e maturação da personalidade, o que exige o recurso a princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais (Peplau, 1988).

De acordo com a Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, o desenvolvimento de uma relação entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de ajuda ocorre ao longo de quatro fases, que estão interligadas entre si: fase de orientação, fase de identificação, fase de exploração e fase de resolução (Peplau, 1988).

A fase de orientação inicia-se quando a pessoa que está doente solicita a ajuda do enfermeiro para lidar com uma necessidade sentida, mas frequentemente mal compreendida. Este é o primeiro passo no sentido de uma experiência dinâmica de aprendizagem e crescimento. Nesta primeira fase, a função da enfermagem é ajudar

no processo de clarificação, identificação e avaliação do problema para o qual a pessoa pede ajuda (Peplau, 1988).

Na fase de identificação a pessoa responde seletivamente a enfermeiros que lhe pareçam oferecer a ajuda de que necessita. Durante esta fase, a pessoa pode identificar o enfermeiro como uma figura familiar durante as suas ações de cuidados. Assim, a pessoa poderá responder de três formas: desenvolvendo ações de caráter participativo e interdependente, isolando-se, assumindo uma atitude de independência ou adotando uma postura de dependência e desamparo (Peplau,1988).

Na terceira etapa, a fase de exploração, a pessoa identifica-se com um enfermeiro capaz de reconhecer e compreender as questões interpessoais envolvidas na situação e faz pleno uso dos recursos que lhe são oferecidos. A ação do enfermeiro é continuar a promover a satisfação das necessidades da pessoa, à medida que estas se vão transformando (Peplau,1988).

A última fase, a de resolução, caracteriza-se pelo progressivo desfazer dos laços que unem a pessoa e o enfermeiro e a preparação para o regresso à sua vida e à sua casa. O ideal seria esta fase coincidir com a resolução do problema clínico, o que em muitos casos não acontece. Para que a fase de resolução seja bem-sucedida, a pessoa deverá conseguir libertar-se de forma gradual das pessoas que lhe prestaram ajuda e fortalecer a sua capacidade de agir por si mesma (Peplau,1988).

Ao longo das diferentes fases de desenvolvimento da relação, o enfermeiro poderá assumir diferentes papéis. Assim, como “pessoa estranha” o enfermeiro estabelece com a pessoa uma relação baseada no respeito e interesse perspetivando-a como uma pessoa com potencialidades e recursos internos. Como “pessoa de recurso” o enfermeiro deverá responder às perguntas que lhe são colocadas, que muitas vezes envolvem sentimentos e estão associadas aos problemas enfrentados pelas pessoas. Como “educador” e “líder” o enfermeiro auxilia a pessoa no seu processo de aprendizagem. Outros papeis que os enfermeiros podem desempenhar são denominados como “substitutos” e desenvolvem a personalidade do utente, a partir da reativação das suas experiencias emocionais precoces (Peplau,1988).

Peplau (1988) defende que dada a importância da relação que se constrói entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de ajuda, para que esta possa ser de qualidade e constituir-se como oportunidade de crescimento e amadurecimento para ambos os intervenientes, é necessário que o enfermeiro seja sensível, não só ao outro, mas também e sobretudo a si mesmo e se empenhe no seu próprio processo de autoconhecimento.

Almeida et al. (2005) defende que estes pressupostos teóricos de Peplau são operacionalizáveis na prática de enfermagem e apesar de terem sido desenvolvidos em meados de século XX, são atuais e podem servir como referência para os enfermeiros do século XXI.

A disciplina de Enfermagem esteve, ao longo da sua história, durante muito tempo dependente de outras ciências. O recurso a teorias de enfermagem reflete o movimento da profissão na procura da autonomia e da delimitação das suas ações (Almeida et al., 2005).

2.2. A relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa com perturbação depressiva major – Revisão da Literatura

Os trabalhos de investigação em enfermagem que exploram a temática da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa com perturbação depressiva major são escassos. Contudo os trabalhos disponíveis são muito interessantes e alguns destes exploram a experiência da pessoa com depressão e a partir desses achados refletem sobre a relação terapêutica nesse contexto. Moyle (2003) defende a importância de encorajar os enfermeiros de saúde mental na sua procura pela compreensão da experiência da pessoa com doença mental, ao invés de classificar e categorizar a pessoa e a sua doença.

Hedelin e Jonsson (2003) realizaram um estudo cujo objetivo foi aprofundar a compreensão das experiências de saúde mental e depressão, em mulheres idosas. Ao primeiro grupo de mulheres idosas foi-lhes pedido que narrassem a sua experiência pessoal de bem-estar, sentido de vida e vivência comunitária, como a expressão de saúde mental. No segundo grupo, foram entrevistadas idosas que apresentavam humor deprimido e foi-lhes pedido que descrevessem a sua

experiência de depressão, de forma mais concreta possível. Segundo estes autores, como tema central da entrevista, emergiu a mutualidade. Por mutualidade, entende-se a interdependência e influência mútua das relações com os outros, na relação consigo mesmo e vice-versa.

A mutualidade está presente tanto na experiência de depressão como também na experiência de saúde mental. Quando, ao longo da sua vida, o valor pessoal foi confirmado na sua relação consigo e com os outros, a saúde mental foi descrita como uma espiral ascendente, envolvendo confiança e entusiasmo pela vida, crescimento e compromisso. Quando o valor pessoal e autoestima foram violados, resultou numa espiral descendente, sendo experienciados sentimentos de vulnerabilidade, falta de sentido, incompetência, falta de valor e perda de autorrespeito. Os sentimentos de baixa autoestima, vergonha e culpa tornam a pessoa muito vulnerável à forma como os outros a percebem (Hedelin & Jonsson, 2003).

Num outro estudo realizado por Felly e Long (2009), a experiência de depressão é descrita como estando ligada a eventos de vida passados e a experiências formativas, com impacto no desenvolvimento humano.

Ao longo da vida, cada pessoa passa por diversas experiências sociais de conexão e desconexão, a natureza destas, a sua força e o seu impacto, estão dependentes da sua posição no ciclo vital e também do sentido que lhes é atribuído. À medida que cada um trilha o seu percurso de vida, encontra experiências que deixam marca em si mesmo e no seu sentido de si (Felly & Long, 2009).

Quando uma pessoa se depara com novos eventos de vida, cujo impacto é sentido como negativo, as memórias de desconexão são ativadas. Aí, esta experiência desgastante rouba à pessoa o seu sentido de si, e inicia-se o seu encontro com a depressão (muitas vezes desconhecida e não reconhecida, mas profundamente sentida). Pensamentos e sentimentos dolorosos são experienciados, mas a pessoa não é capaz de dar nome à sua experiência e ao seu caos interno. A depressão é então uma experiência complexa e multifacetada, cuja essência reside nas experiências de desconexão (Felly & Long, 2009).

No encontro com a depressão, a pessoa sente que lhe é roubada a sua essência, sentindo-se perdida. É uma experiência que desconecta a pessoa de si

mesma, dos outros e da sociedade em geral, sendo paradoxal: a pessoa sente-se só e deseja a solidão, por outro lado, sente-se rejeitada pelos outros e rejeita os outros e a si mesma (Felly & Long, 2009).

Para Felly e Long (2009) os enfermeiros de saúde mental estão numa posição privilegiada, no acompanhamento da pessoa que vive a depressão. A sua presença terapêutica, acompanhada pelas suas qualidades humanas de cuidar e as suas competências, influenciam este caminho doloroso, de uma forma positiva.

A essência do encontro entre a pessoa com depressão e o enfermeiro diz respeito à capacidade deste profissional em promover a conexão da pessoa consigo mesma, indo ao encontro dos seus recursos internos. Depois do encontro terapêutico, e da redescoberta da conexão consigo mesma, este caminho não termina aqui, mas antes continua ao longo de toda a vida da pessoa (Felly & Long, 2009).

Hedelin e Jonsson (2003) defendem que a relação entre o enfermeiro e a pessoa com depressão, tem por base o interesse genuíno e o conhecimento íntimo do seu mundo interno, que pode ser alcançado escutando a narrativa da pessoa sobre as suas experiências, necessidades, desejos e problemas. Estes autores sublinham ainda a importância de uma atitude de abertura e humildade por parte do enfermeiro e das suas habilidades reflexivas e intuitivas na compreensão do outro enquanto ser único.

O trabalho de Moyle (2003) procurou compreender a importância da relação terapêutica através da investigação sobre a experiência de se sentir cuidado pelos enfermeiros, durante a vivência da depressão. As pessoas entrevistadas referiram sentir-se cuidadas quando os enfermeiros estavam presentes, os escutavam e encorajavam a falar dos seus medos, ansiedades e problemas. Também quando se sentiam confortados fisicamente referiam sentir alívio das suas necessidades emocionais, sentindo-se seguras.

Por outro lado, quando os enfermeiros se focavam exclusivamente nas necessidades físicas e ignoravam as emoções das pessoas, estas sentiam-se não-cuidadas, na relação. De acordo com Moyle (2003) esta relação é não terapêutica, pois não oferece a oportunidade para a compreensão da pessoa, pelo contrário, encoraja o foco nos sintomas e no tratamento farmacológico.

Moyle (2003) afirma que a relação terapêutica, que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa com depressão, não é algo que ocorra de forma instintiva, existindo, por vezes, uma dicotomia entre o que os utentes esperam, e a relação que é proporcionada. O desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica é complexo, especialmente quando uma doença como a depressão está presente. A pessoa está particularmente vulnerável ao desenvolvimento de uma relação terapêutica e simultaneamente limita o seu desenvolvimento, uma vez que apresenta uma redução da sua expressão verbal e teme revelar-se (Moyle, 2003).

Pela complexidade envolvida na construção de relações terapêuticas na prática de enfermagem, deverá ser prestada uma maior atenção às questões relacionais por parte dos enfermeiros (Moyle, 2003).

Também Dziopa e Aheren (2008) afirmam que construção de uma relação terapêutica de qualidade não é algo que acontece de forma instintiva, pelo contrário, requer o desenvolvimento constante de competências humanas muito complexas. Estes autores realizaram uma revisão sistemática da literatura e identificaram nove componentes da relação terapêutica de qualidade: ser empático e compreensivo, aceitar a individualidade, fornecer suporte, estar presente/disponível, ser genuíno, ser parceiro (promover igualdade), demonstrar respeito, manter os limites claros e desenvolver autoconhecimento.

3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM- REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA DESENVOLVIDA

Na realização do projeto que orientou este meu percurso de aprendizagem o objetivo central delineado, para os ensinamentos clínicos (internamento e ambulatório), foi o aprofundamento do conhecimento acerca do fenómeno da relação terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Os objetivos específicos definidos foram: (1) desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, definida pela OE, com particular ênfase em (2) desenvolver competências relacionais, necessárias ao estabelecimento de relações terapêuticas e ainda (3) desenvolver uma atitude auto-reflexiva e de desenvolvimento pessoal.

Durante o ensino clínico, em ambos os contextos, procurei realizar atividades que me proporcionassem experiências em que aprofundasse a temática da relação terapêutica.

Ao longo deste capítulo apresento e reflito sobre as atividades que desenvolvi. No contexto de internamento apresento as atividades de grupo, o processo reflexivo e de auto-conhecimento e, com particular destaque, o estudo de caso. No contexto de ambulatório: a observação e construção de interações terapêuticas e o processo reflexivo e de crescimento pessoal.

3.1 Ensino clínico em contexto de internamento

O ensino clínico em contexto de internamento decorreu numa unidade de internamento hospitalar de cuidados de psiquiatria e saúde mental, da região de Lisboa.

Esta unidade de internamento dispõe de capacidade para 30 utentes, dispondo de um ginásio, uma sala de convívio, um refeitório e um pequeno espaço exterior.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, enfermeiros de cuidados gerais, psiquiatras, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga e assistentes operacionais.

3.1.1 Atividades em grupo

No ensino clínico em contexto de internamento realizei duas atividades em grupo.

As atividades desenvolvidas em contexto grupal, no âmbito da enfermagem em

saúde mental, constituem estratégias eficazes de cuidado ao utente e às suas famílias (Spadini & Souza, 2006).

A utilização de estratégias grupais permite mobilizar, estimular, educar, treinar e consciencializar. A sua utilização deve-se por um lado, a vantagens económicas, pela economia de recursos humanos e por outro, tem a capacidade de recriar ambientes familiares e sociais, possibilitando o desenvolvimento de competências nos membros dos grupos (Spadini & Souza, 2006).

Nestas atividades pude intervir em duas das facetas da vivência da depressão: a baixa autoestima e a ansiedade, que podem estar presentes também em outras situações clínicas.

Ambas as atividades em grupo foram elaboradas tendo por base uma abordagem holística, pois a experiência da doença é vivida pelo indivíduo no seu todo.

A filosofia e prática de cuidados holísticos abrange os cuidados ao indivíduo na sua totalidade, corpo, mente e espírito, num ambiente terapêutico que resulta numa sensação da harmonia e reparação (McEvoy & Duffy, 2008).

A experiência de depressão é um fenómeno associado a um alto grau de sofrimento psicológico, social, e também físico, cuja manifestação ocorre frequentemente por meio dos sinais do corpo. Assim, de acordo com Melo, Leite & Moreira (2015) é necessário procurar ferramentas que auxiliem o tratamento e prevenção que se dirijam ao indivíduo na sua totalidade.

Num estudo acerca da eficácia de intervenções grupais corpo-mente para a depressão e ansiedade verificou-se que estas intervenções resultaram na melhoria da sintomatologia (Denninger et al, 2014).

Em uma das atividades recorri ao movimento corporal, a dança e música como promotores de bem-estar e mediadores da expressão emocional, dessa forma dei-lhe o nome de “Sentimento em movimento”, utilizando um jogo de palavras associando o sentir ao movimento. Na outra atividade utilizei diferentes técnicas indutoras de relaxamento, entre estas, a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson adaptada, no sentido de proporcionar sensações de relaxamento, bem-estar e tranquilidade física e mental aos seus participantes tendo escolhido o nome “Tranquila(mente)” para esta, utilizando também um jogo de palavras.

O recurso à dança, enquanto intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria é baseada numa perspetiva do ser humano enquanto ser uno (mente-

corpo-espírito), promovendo experiências de bem-estar e prazer, auto-conhecimento e aceitação, bem como interações sociais (Ravelin, Kylma, & Korhonen, 2006).

As técnicas de relaxamento, por sua vez, têm vindo a ser utilizadas para assistir os indivíduos nos desafios da vida uma vez que têm o potencial de reparar os efeitos nefastos do stress psicológico e físico e assim reequilibrar o corpo, mente e espírito. Vários teóricos defendem ainda que facilitam a adaptação à mudança, através da conexão corpo-mente. (DeMarco-Sinatra, 2000).

Na atividade “Sentimento em movimento” (Apêndice 1) utilizei exercícios de movimento, dança e expressão corporal. Participaram na atividade seis utentes. A atividade desenvolveu-se em três momentos distintos: aquecimento (inespecífico e específico), ação e finalização. Durante o aquecimento inespecífico os participantes apresentaram-se, familiarizaram-se com o espaço físico onde decorreu a atividade e cumprimentaram-se entre si. No aquecimento específico foram realizados exercícios de respiração e alongamentos, ao som de música. Durante a ação realizou-se um exercício de dança em grupo, um exercício de dança a pares e um exercício individual de expressão corporal livre, ao som de música e para finalizar um momento de relaxamento. Na finalização desta atividade houve espaço para a partilha dos utentes e para a realização da avaliação da atividade.

Os objetivos delineados para a atividade foram promover o bem-estar e a vivência de prazer através do movimento corporal, proporcionar um espaço de expressão emocional através do movimento e dança e promover as interações interpessoais entre os participantes.

Como grupo-alvo, foram selecionados utentes com o diagnóstico de enfermagem de baixa-autoestima, segundo NANDA “avaliação/sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou suas próprias capacidades” (2008, p. 46), manifestado por verbalização de sentimentos de incapacidade para lidar com os desafios, sentimentos de autodesvalorização e expressões de desamparo. Neste sentido o resultado esperado seria a melhoria da auto-estima, tendo como indicadores de resultado: descrição positiva de si mesmo, manutenção do contacto visual e manutenção de postura ereta.

Da avaliação realizada pelos utentes, no final da atividade, é de enfatizar a verbalização de sentimentos de leveza e calma. Os utentes referiram também

sensações de bem-estar consigo mesmo e com os outros elementos do grupo. Foi unânime para os seis membros do grupo que gostariam de realizar atividades que incluíssem movimento corporal e música com mais regularidade.

Na atividade “Tranquila (mente)” (Apêndice 2) foram realizados exercícios de relaxamento. Esta atividade desenvolveu-se em três momentos: aquecimento (inespecífico e específico), ação e finalização. No aquecimento inespecífico os participantes apresentaram-se, familiarizaram-se com o espaço físico onde decorreu a atividade e cumprimentaram-se entre si. Durante o aquecimento específico realizaram alongamentos em grupo e a pares. Durante a ação realizaram exercícios de respiração e foi aplicada a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson adaptada (Payne, 2003), com os utentes sentados. Na finalização foi privilegiada a partilha livre dos utentes.

Os objetivos traçados para esta atividade foram: proporcionar um espaço de tranquilidade, bem-estar e relaxamento, facilitar/ensinar técnicas de gestão da ansiedade e promover o auto-cuidado.

Esta atividade teve como grupo-alvo pessoas com o diagnóstico de enfermagem de ansiedade: sensação vaga de desconforto ou ameaça, acompanhada de uma resposta autónoma; sinal de alerta que informa sobre perigo iminente e possibilita ao indivíduo tomar as medidas para lidar com a ameaça. Manifestada por agitação, nervosismo, contração muscular, angústia e preocupação. Assim, os resultados esperados foram a diminuição do nível de ansiedade e autocontrole da ansiedade, como indicadores de resultado: relaxamento muscular; verbalização de sensações de tranquilidade e calma; diminuição da agitação psicomotora; utilização das técnicas de relaxamento para diminuição da ansiedade (NANDA, 2008; Moorhead S., Johnson M., Maas M. & Swanson E., 2008).

Na avaliação realizada pelos utentes foram verbalizadas sensações de calma e tranquilidade física e mental. Dois dos sete utentes referiram melhoria do sono após a realização desta atividade, que foi realizada à noite. Um dos utentes referiu dificuldade em relaxar durante a atividade, pois estava muito preocupado com a sua situação no emprego.

Foi importante para mim a experiência de dinamizar estas atividades, pois

permitiu-me construir e implementar uma intervenção para responder às necessidades de um grupo. Por outro lado, possibilitou-me a experiência de ser facilitadora de um grupo, mobilizando técnicas de cariz psicoterapêutico.

De acordo com Spadini & Souza (2006) para que para o enfermeiro desempenhe adequadamente a coordenação de um grupo deverá desenvolver o seu auto-conhecimento, bem como conhecimentos sobre as dinâmicas grupais. Parte considerável deste conhecimento é conquistado na ação, na experiência de dinamizar as atividades e na reflexão posterior.

Para mim foi mais desafiante dinamizar a atividade “Sentimento em movimento”, pois envolveu a participação ativa dos utentes nos exercícios de dança e movimento e dei por mim a ter dificuldade em gerir todas as solicitações. Procurei prestar atenção à forma como eu me ia sentindo e como cada pessoa ia experimentando a atividade, para além disso, tive de gerir o tempo e o plano da sessão, e ainda houve a necessidade de gerir a situação de um dos participantes não querer realizar a atividade após o primeiro exercício, tudo isto tornou a dinamização desta atividade numa tarefa muito exigente. Ao refletir agora, penso que deveria ter recorrido a um co-terapeuta, que pudesse colaborar comigo nesta atividade.

No fim da atividade tive a sensação de que o tempo havia passado demasiado depressa e que gostava de ter apreciado aquele momento com mais calma. Contudo foi muito gratificante ouvir a avaliação e observar as modificações operadas nos utentes.

A atividade Tranquila(mente), pelas suas características permitiu-me estar mais atenta a cada um dos participantes e viver a atividade de forma mais tranquila, por outro lado sentia-me mais confiante e menos ansiosa, uma vez que era a segunda vez que ia dinamizar uma atividade, o que penso que também foi um fator facilitador. Esta atividade incorporou a técnica de relaxamento progressivo de Jackson adaptado, com os utentes sentados, dispostos em círculo. Pela natureza desta técnica o ambiente era de quietude e silêncio, de forma a que a minha voz calma e tranquila fosse também ela indutora de relaxamento. No final da atividade também eu estava relaxada e calma.

3.1.2 Processo reflexivo e de auto-conhecimento

Ao delinear o projeto inicial, havia proposto a realização de reflexões escritas,

uma vez que um dos meus objetivos era o desenvolvimento de uma atitude auto-reflexiva e de crescimento pessoal. Uma das estratégias para ampliar o auto-conhecimento, que é um processo contínuo, é a prática da reflexão sobre as experiências vividas, apreciando os aspetos positivos e negativos e as aprendizagens daí resultantes (Rasheed, 2015).

Ao longo do ensino clínico realizei reflexões escritas (Apêndices 3,4 e 5) e outras orais em conjunto com a minha orientadora. Uma dessas reflexões a dois foi sobre uma situação, que passo a descrever em seguida, em que fui agredida por uma utente, tendo sido uma experiência bastante desagradável, mas que foi catalisadora de aprendizagens importantes não só profissionais, como também pessoais.

Aproximei-me de um dos quartos individuais e a porta estava entreaberta, a enfermeira T., tinha acabado de entrar e ia negociando com a D. M., que se encontrava contida fisicamente, a possibilidade de ela fazer levantar, tomar duche e tomar o pequeno almoço, na sala de refeições. Entrei no quarto e cumprimentei-a, a D.M. encontrava-se no leito, era uma mulher de cerca de quarenta anos, corpulenta, de cabelo escuro. Olhava-nos atenta, rosto fechado, numa postura desconfiada, falando pouco.

Em conjunto com a enfermeira T. ajudei-a a levantar-se do leito.

À saída do quarto a utente mantinha-se desconfiada e um pouco tensa, perguntando-nos para onde ia, mas acedendo às nossas explicações. Encaminhámo-la para a sala de trabalho, para refazer o penso do acesso venoso periférico.

A D. M. sentou-se, sempre muito atenta. Aproximei-me dela e retirei-lhe os adesivos que seguravam o acesso venoso periférico, no dorso da mão. Perguntei-lhe se a estava a magoar, ao que ela não respondeu. Afastei-me e a enfermeira T., colocou os adesivos novos. Enquanto isso, a utente gritou por socorro. Face a isto procurei securizá-la, dizendo-lhe que não lhe queríamos fazer mal e recorde-me de ter pensado que não fazia sentido a D.M. se sentir ameaçada, pois estávamos a cuidar dela.

Sáímos da sala de trabalho e a enfermeira T. ia ao lado do D.M., encaminhando-a, e eu ia um pouco mais atrás. Quando faltavam apenas alguns passos para a porta que dava acesso ao refeitório, a enfermeira T. adiantou-se para

abri-la, a doente foi andando mais devagar, ficando para trás. Eu ia distraída nos meus pensamentos e ultrapassei-a.

De repente senti um impacto seco, doloroso no meu rosto, nos meus lábios. Surpreendida, não percebi imediatamente o que se estava a passar. E olhei perplexa na direção de onde tinha vindo o choque. Então vi a D. M., o seu rosto colérico, a sua mão levantada na minha direção e ouvi-a a gritar que era eu quem a queria matar.

Fiquei desconcertada, estupefacta, surpreendida, incapaz de me mover, de me defender. Na minha cabeça tentava perceber o que estava a acontecer e o porquê: porque é que a utente me estaria a agredir?

Imediatamente, a enfermeira T. e um psiquiatra que estava ali perto, seguraram a doente e contiveram-na.

Eu afastei-me, incrédula. Fechei os olhos, e toquei os meus lábios, sentia o meu rosto dolorido. Também me sentia profundamente humilhada, sentia a minha alma dolorida. E então chorei.

Refugiei-me na sala de trabalho enquanto chorava, por um lado envergonhada e humilhada por não ter sido capaz de me defender e por outro lado, a sentir-me um pouco culpada, por me ter distraído e não ter estado atenta à utente.

Esta situação despoletou em mim uma série de emoções e sentimentos intensos, que me fizeram refletir sobre várias questões, tanto pessoais, como profissionais.

Analisando esta situação compreendi que eu não estive verdadeiramente sintonizada com a experiência da utente, que devido a alterações do pensamento se sentia ameaçada e em perigo. Assim, desvalorizei e ignorei os seus sentimentos: o medo, desconfiança, desconforto, ansiedade, que a utente foi manifestando através da sua postura desconfiada, a relutância em acompanhar-nos, a verbalização de que se sentia ameaçada.

Tomei ainda consciência de como perante a agressão da utente, “congelei”, imobilizada, ao invés de acordar o meu instinto de proteção, colocando-me assim numa posição ainda mais vulnerável.

Do ponto de vista pessoal, esta situação fez-me confrontar comigo mesma, com

a minha dificuldade em aceitar, vivenciar e expressar a zanga, mesmo quando me sinto ameaçada ou agredida.

Esta minha característica pessoal, levou-me a não entrar em sintonia com a experiência emocional da utente, isto é, a não empatizar com o seu sofrimento, expresso naquela situação particular através da forte sensação de ameaça à sua integridade. Desta forma, interferiu com a minha capacidade de estar verdadeiramente presente na situação e manter um ambiente seguro e terapêutico, e dar-me conta da tensão, da raiva e zanga da utente, que poderia culminar, tal como aconteceu, numa situação de passagem ao ato e agressão. Foi essa mesma dificuldade que me levou também, quando agredida a não ser capaz de mobilizar a minha capacidade de defesa.

À medida que fui pensando e elaborando sobre esta experiência, fui conduzida, naturalmente, a revisitar algumas situações da minha história, nas quais me deparei com a agressividade do outro e que me senti vulnerável e incapaz de me defender. O contacto com estas vivências do passado despertou inevitavelmente, em mim, um turbilhão de sentimentos difíceis e dolorosos... tristeza, desamparo, zanga, vergonha.

Este olhar sobre o meu passado apesar de trazer consigo a dor, foi de alguma forma, transformador. Permitiu-me ampliar o meu conhecimento sobre mim própria e aceitar a minha zanga como sentimento legítimo, apesar de, por vezes para mim, desconfortável. Permitiu-me ainda fazer as pazes com a uma parte minha que se sentiu vulnerável e indefesa, face à agressividade e assim abrir espaço para me assumir como alguém com o direito e a capacidade de me defender e proteger, quando ameaçada ou agredida.

Ao pensar sobre estas questões fui-me dando conta de como a capacidade de mobilizar zanga, de uma forma não destrutiva, poderá ter uma importante função, na medida em que nos protege quando alguém ultrapassa os limites e nos agride, de que forma for. Assim, a zanga corresponde também à capacidade de defesa, indispensável à nossa sobrevivência.

Nesta situação concreta, a capacidade de defesa após ter sido agredida pela utente, traduzir-se-ia na fuga para pedir ajuda, ou na utilização de técnicas de defesa pessoal, para impedir a utente de me agredir mais e assim garantir a minha segurança e a dela.

Ao longo da minha prática profissional nunca havia sido agredida, nem me

sentido ameaçada. Confesso que, na minha ingenuidade e inexperiência, nunca pensei que isso pudesse acontecer.

Pensar sobre esta experiência foi um exercício de expansão do meu auto-conhecimento, uma vez que pôs a nu dificuldades pessoais e, desta forma constituiu-se como oportunidade de crescimento e maturação, ao elaborar algumas questões pessoais.

Eckorth-Butcher (2010) refere-se ao conceito de auto-conhecimento como um processo de introspeção e exploração dos próprios pensamentos, sentimentos, crenças, valores e comportamentos. O auto-conhecimento é então conhecer-se enquanto pessoa, reconhecendo as várias facetas da nossa vida que nos influenciam de diferentes formas.

O auto-conhecimento é considerado um instrumento terapêutico na relação enfermeiro-utente. Quanto mais o enfermeiro se conhecer a si mesmo, mais condições existirão para a criação de um ambiente terapêutico. O processo de introspeção acrescenta profundidade e sentido à relação enfermeiro-utente, e permite compreender melhor as respostas do utente e explorar questões sensíveis na relação (Rasheed, 2015).

A minha dificuldade em aceitar, vivenciar e expressar a zanga interferiu na minha capacidade de estabelecer uma relação autêntica com a utente, e de ser capaz de criar um ambiente terapêutico e protetor, o que culminou numa agressão. Contudo, todo o trabalho reflexivo realizado a partir desta experiência levou-me, do ponto de vista pessoal, a melhor conhecer-me e compreender-me e, do ponto de vista profissional conduziu-me a questionar a minha prática e preparar-me para situações em que a agressividade pode estar presente.

De acordo com Ferreira e Florido (2011) os enfermeiros que contactam com situações de agressividade expressa devem aprender a reconhecer sinais destes comportamentos, desenvolvendo capacidades de observação e avaliação, de forma a atuar preventivamente.

Ao intervir neste contexto, de forma preventiva, é importante a qualidade da relação enfermeiro-utente. Demonstrar empatia e compreensão poderá ajudar na construção de um ambiente de confiança, permitindo ao utente verbalizar e expor as razões que o levam a adotar esse tipo de comportamento, os seus medos, ansiedades e frustrações (Ferreira & Florido, 2011).

Também neste sentido, Delaney e Johnson (2006) identificam como intervenções de enfermagem que podem prevenir comportamentos agressivos ou violentos: estar totalmente presente, atento ao comportamento do utente e consciente do seu próprio comportamento e sentimentos, estabelecer uma relação com o utente, na qual o enfermeiro se sintoniza com o seu afeto, compreendendo as suas necessidades e a sua forma de as expressar, encontrar o equilíbrio entre tolerância e controlo, respeitando a individualidade e autonomia.

Assim, a partir da reflexão profunda sobre uma experiência bastante dolorosa e desagradável fui trilhando o caminho do auto-conhecimento e do desenvolvimento profissional. Foi neste mesmo (espinhoso) caminho que me tornei numa enfermeira mais competente e num ser-humano mais consciente de si e mais disponível para a construção de uma relação terapêutica.

3.1.3 Cuidar de um utente - Construir uma relação

Durante este ensino clínico, tive oportunidade de cuidar de um utente, acompanhando-o durante o seu internamento. Ao longo de três semanas, fomos construindo uma relação, que foi para mim uma experiência de aprendizagem tanto pessoal, como profissional. Tal como afirma Peplau (1988) durante a relação de cuidar, o enfermeiro e o utente crescem como resultado das aprendizagens realizadas.

De acordo com Peplau (1988) a função da enfermagem é promover o desenvolvimento da personalidade em direção à maturidade. Desta forma, a enfermagem é terapêutica e educativa, quando conduz a pessoa a desenvolver habilidades na resolução de problemas.

De seguida apresento o utente e a narrativa do desenvolvimento e construção da relação, realizando uma reflexão acerca das intervenções, de cariz relacional, realizadas.

O Sr. C. é um homem de cerca de 60 anos, natural de Lisboa, cidade onde mora desde que nasceu. Tem duas irmãs mais novas que ele, casadas e com filhos (tem três sobrinhos).

É solteiro, e vive sozinho num apartamento, num bairro da cidade de Lisboa. Tem uma companheira, há mais de vinte anos, que reside fora de Lisboa, com quem está aos fins de semana.

É professor, encontrando-se neste momento de baixa.

No que diz respeito à história de saúde, é de salientar, que é acompanhado desde 2011 por uma psiquiatra por um quadro de depressão major, que se tem vindo a agravar, desde o falecimento de um amigo de infância em 2012, e mais recentemente dos seus pais em 2014.

Três semanas antes de ser internado refere agravamento dos sintomas, com anorexia, astenia e incapacidade de se auto-cuidar. Foi levado ao serviço de urgência, neste contexto, pela companheira e pelas irmãs em Outubro de 2015 pelo agravamento da sintomatologia depressiva e verbalização de desejo passivo de morte.

1º Encontro (2º dia de internamento)

O meu primeiro contacto com o Sr. C. aconteceu dois dias após ele ter dado entrada no serviço. Encontrava-se num canto da sala de convívio, só, num sofá a ler o jornal.

Perguntei se podia sentar-me ao seu lado, num sofá vazio, ao que me respondeu que sim, num tom neutro. Sentei-me e observei o seu semblante sério, compenetrado, com uns óculos pesados, que acentuavam o seu ar preocupado. Contudo a sua aparência era de alguém mais novo, do que a idade que realmente tinha.

Apresentei-me. Perguntei-lhe como estava e assim iniciámos a nossa conversa, que durou cerca de uma hora. Pedi-lhe que me contasse a sua história.

Partilhou comigo sobre como se sentia há já quatro anos: cansado e sem energia para realizar qualquer tarefa. De como não disponha de vontade de trabalhar; como se sentia incapaz de ir às compras, ou sair à rua e às vezes até mesmo sair da cama.

Contou-me que, para si, a vida deixara de fazer sentido e o que queria, a maior parte dos seus dias, era dormir e esperar que “o seu tempo” chegasse. Mostrava também uma certa estranheza, em relação à forma como se sentia, dizendo que não compreendia porque se sentia daquela forma. Disse ainda que não via saída para a sua situação e que não esperava que nada mudasse.

Ao falar-me destes seus sentimentos o seu olhar vagueava perdido, mas os olhos estavam humedecidos e ia apertando as mãos. Fazia-o num tom baixo, voz

triste, mas resignado. Contudo, à medida que o Sr. C. foi tendo espaço para expressar os seus sentimentos, o seu rosto foi ficando menos sério, e o seu corpo mais descontraído.

Neste primeiro encontro com o Sr. C., à medida que ele ia partilhando a sua vivência, eu ia imaginando como seria viver assim. Senti-me tocada pelo seu sofrimento e algures senti um ímpeto para ajudá-lo.

Senti também curiosidade pelo seu mundo interno, que eu queria conhecer mais. Escutei-o com atenção e quanto mais me mostrava disponível, genuinamente interessada e acolhedora, mais ele me ia revelando sobre o seu sentir, e a sua experiência de sofrimento.

Neste primeiro contacto, a minha intencionalidade foi dar-me a conhecer ao utente como uma pessoa disponível para o ajudar e genuinamente interessada. Utilizei a estratégia relacional de acolhimento que, de acordo com Chalifour (2008), tem como finalidade dirigir a atenção para o utente e a sua vivência (comportamento, sensações, pensamentos, emoções, necessidades) e favorecer a sua expressão. Desta forma, o escutar o utente com atenção, olhá-lo enquanto ele falava comigo, não o interrompendo, foram as técnicas privilegiadas.

Neste encontro destaco o sentimento de empatia que emergiu em mim. Enquanto escutava o seu relato, imaginei como seria viver aquela experiência e ao fazê-lo ressoou em mim o eco da sua dor, do seu desespero, do seu cansaço, da sua tristeza: do ponto de vista emocional, eu conhecia aquele sentir e ao aceder a esse afeto senti também o desejo de o ajudar. Pelas características da minha personalidade foi espontâneo e natural empatizar com o seu sofrimento e a sua luta.

A atitude de compreensão empática é considerada uma atitude facilitadora da construção de uma relação de qualidade. De acordo com Chalifour (2008) para que o interveniente tenha uma atitude de compreensão empática deve ser capaz de se colocar no mundo afetivo do utente e tentar apreender o seu ponto de vista, e a compreensão cognitiva e afetiva que ele possui da situação, e comunicar-lhe essa compreensão. A expressão da compreensão empática permite ao utente sentir-se compreendido e encorajado a partilhar a sua experiência e procurar resposta às suas dificuldades.

Para Rogers (2010) a empatia só é possível quando o terapeuta é capaz de

apreender momento a momento a experiência que ocorre no mundo interno do outro, como este o sente e o vê, sem que a identidade do terapeuta se dilua nesse processo.

No que me diz respeito, ao empatizar com este utente, abri espaço, no meu mundo interno, para me deixar tocar, na minha humanidade, pela sua história de dor, e assim, disponibilizar-me para o ajudar, enquanto profissional.

Durante o encontro com utente, procurei estar atenta não só à sua expressão verbal, como também à não-verbal. Fui observando como o seu corpo foi ficando menos tenso e o seu rosto menos sério, à medida que ia partilhando o seu sentir comigo, intuo que se tenha sentido acolhido, escutado e compreendido, e que naturalmente alguma da tensão que o habitava, se foi desvanecendo.

2º Encontro (5º dia de internamento)

Três dias após o nosso primeiro contato voltei ao serviço. Entrei na sala de convívio, e o Sr. C. encontrava-se só e no mesmo sítio, a ler o jornal. Aproximei-me e ao ver-me o Sr. C. levantou os olhos do jornal, cumprimentando-me com um sorriso. Sentei-me ao seu lado e iniciámos a nossa conversa.

Comecei por lhe dizer que, durante o seu internamento eu ficaria responsável por cuidar dele e que, como tal lhe propunha que durante esse tempo trabalhássemos juntos, ou seja, falássemos um pouco e explorássemos algumas questões que me pareciam ser importantes no seu processo de recuperação.

Acrescentando ainda que, se ele estivesse de acordo, eu realizaria um trabalho académico a partir do nosso trabalho conjunto.

Ele concordou, com um seco “*sim, pode ser*”, e encolheu os ombros. Perguntou-me o que eu queria saber, acrescentando que não tinha nada de interessante para me contar.

Eu respondi que acreditava que tivesse coisas interessantes para contar e que gostaria que me falasse sobre a sua profissão e os seus interesses.

Falou-me com muito entusiasmo da sua profissão, os seus olhos brilhavam e o seu tom de voz ficou subitamente mais confiante. Era um homem que apreciava bastante as atividades intelectuais, gostava muito de ler, de aprender e de transmitir os seus conhecimentos. Dar aulas, era algo que durante a sua vida sempre o satisfazia, pela relação que estabelecia com os alunos. Mas desde há quatro anos que algo tinha mudado, sentia que os alunos de agora eram diferentes e já não era capaz de lhes

chegar, sentindo-se incapaz e impotente para alterar essa situação foi perdendo o sentido e o interesse na sua atividade profissional.

Nessa altura a maior parte do tempo sentia-se triste e desmotivado e começou a ter dificuldade em dormir. Contou-me que começou então a ser seguido por uma psiquiatra, sua amiga, por insistência das suas irmãs e que esteve um ano de baixa. Ao fim desse ano tentou retomar a sua atividade profissional, mas sentia-se inseguro e foram-lhe distribuídas turmas com alunos indisciplinados. Os seus sintomas pioraram, sentia-se mais ansioso, triste e ir dar aulas era para ele uma tortura. Retomou a baixa pouco tempo depois. Foi-se afastando dos seus amigos, muitos deles professores, pois sentia-se inútil, preguiçoso.

Eu ia sentindo que o Sr. C. ia progressivamente confiando mais em mim e partilhando um pouco do seu mundo comigo, eu procurava ouvi-lo com atenção, olhá-lo nos olhos e fazer pequenos comentários que o incentivassem a falar-me sobre si. Eu tinha curiosidade e interesse na sua história, e à medida que ele ia partilhando comigo eu sentia um misto de sentimentos, por um lado sentia-me satisfeita por sentir que ele confiava em mim, por outro sentia-me um pouco insegura da minha capacidade para o ajudar a lidar com questões e sentimentos tão complexos. Falou-me das suas irmãs e a sua companheira que eram as pessoas de quem estava mais próximo, mas o seu tom de voz era triste e profundo, confessando-se culpado pela preocupação e cuidados delas.

Falou-me ainda dos seus pais, que tinham falecido há cerca de um ano, primeiro o seu pai e dois meses depois a sua mãe. Tinha também perdido dois amigos próximos recentemente. Lamentei as suas perdas. Ao que o Sr. C. comentou que a vida era mesmo assim, não fazia qualquer sentido, que estávamos todos condenados à morte e que ele esperava a sua hora também, dizendo isto com pouca emoção, como se falasse de um assunto banal. Continuou dizendo que pensava bastante na morte. Questionei-o se existia algo/alguém que o “prendesse” à vida. Ao que me respondeu, esboçando um sorriso, que a sua ligação às suas irmãs e à sua companheira era o que ainda dava “vida à sua vida”.

Eu sentia um profundo respeito e admiração pelo Sr. C., que ia crescendo à medida que o ia conhecendo. Era um homem inteligente, com um sentido de humor peculiar, com os quais me identificava e admirava-o na sua luta contra os demónios internos que lhe roubavam a vontade de viver. Luta essa que ele dava, desde logo,

como perda, impossível, sem confiança em si mesmo e nas suas capacidades.

Ao longo da nossa conversa fui lhe colocando questões abertas que o convidassem a questionar essa imagem que tinha sobre si próprio como, preguiçoso, inútil, incapaz de alterar o seu destino, devolvendo-lhe a minha esperança nas suas capacidades.

No segundo encontro com o utente o meu propósito foi conhecê-lo melhor e compreender quais os problemas, por ele identificados, bem como as suas expectativas em relação ao internamento. A estratégia relacional de exploração é a mais adequada para este fim, tal como defende Chalifour (2008). Esta estratégia foi implementada através de questões, que fui colocando no sentido de explorar algumas facetas da narrativa do utente, ficando a conhecer melhor a sua história de vida.

Ao longo do encontro a atitude de não-diretividade, permitiu ao utente explorar, ainda que de forma superficial, algumas questões, relacionadas com o seu adoecer, numa tentativa de encontrar algum sentido para a sua experiência. Destaco como questões importantes, que carecem de clarificação e aprofundamento: a perda de interesse e sentido para a sua profissão, que se estendeu também às outras áreas da sua vida; o afastamento das atividades sociais relacionado com sentimentos de vergonha e inutilidade, bem como o sentimento de culpa por se encontrar doente; a morte recente dos seus pais e amigos íntimos; sentimentos de impotência e desesperança face à sua situação.

Através das informações que o utente me foi revelando, identifiquei os diagnósticos de enfermagem (Apêndice 6) e elaborei o plano de cuidados (Apêndice 6) com terminologia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1, adaptada aos diagnósticos NANDA e às intervenções de enfermagem NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem).

Como diagnósticos de enfermagem identifiquei os seguintes: **Angústia Espiritual**, isto é capacidade comprometida de viver e dar sentido à vida através de uma conexão consigo mesmo, com outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou um poder superior a si mesmo. **Desesperança**, um estado subjetivo em que a pessoa vê alternativas ou escolhas pessoais limitadas ou ausente e é incapaz de mobilizar energias a seu favor.

Baixa auto-estima, ou seja auto avaliação e sentimentos negativos prolongados

sobre si mesmo ou sobre as suas capacidades. **Adaptação Prejudicada**, que se define pela incapacidade de modificar o estilo de vida, de acordo com as mudanças no estado de saúde/doença. **Pesar**, isto é, um processo natural e complexo que inclui respostas e comportamentos físicos, espirituais, sociais e intelectuais, através dos quais os indivíduos, as famílias e as comunidades elaboram uma perda real, antecipada ou percebida às suas vidas diárias (NANDA, 2008).

No plano de cuidados realizado (Apêndice 6), como intervenção chave encontra-se a construção de relação complexa. É no seio de uma relação acolhedora e pautada pela confiança, cuja construção se iniciou desde o meu primeiro encontro com o utente, que há espaço para explorar e aprofundar os seus sentimentos e pensamentos, e dessa forma expandir o seu conhecimento sobre si mesmo e sobre a situação de doença que está a viver, conduzindo ao amadurecimento do utente e à mobilização dos recursos internos de que dispõe, para fazer face às dificuldades que vive. Rogers (2010) apelida esta relação de relação de ajuda, na medida em que procura promover o crescimento, desenvolvimento, maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar os desafios da vida.

É através desta relação especial, que se estabelece entre um enfermeiro e um utente que a enfermagem pode cumprir a sua função enquanto instrumento educativo e força maturativa, cujo objetivo é promover o movimento de expansão da personalidade no sentido de uma vida mais criativa, construtiva e produtiva a nível pessoal e comunitário (Peplau, 1988).

À luz da teoria de Peplau (1988) esta relação encontra-se na fase de orientação, a primeira de quatro fases. Nesta fase o utente fornece pistas acerca da forma como ele vê a sua dificuldade. Ao longo desta fase o utente amplia a sua compreensão acerca da situação e toma consciência dos seus sentimentos. A presença de um ouvinte atento e não-diretivo oferece, precisamente, ao utente a oportunidade de revelar e descobrir os seus pensamentos e sentimentos. De acordo com Peplau, durante a fase de orientação o enfermeiro tem a função de auxiliar o utente no processo de clarificação, para que este reconheça e compreenda a sua dificuldade e a ajuda de que necessita, fazendo pleno uso dos recursos que estão disponíveis (Peplau, 1988).

Neste segundo encontro foi crescendo em mim o respeito, afeto e admiração pelo Sr. C. à medida que ele se ia desvelando, corajosamente, na minha presença.

Fui descobrindo e apreciando algumas das suas características como o seu sentido de humor, a sua perspicácia e a sua inteligência. Segundo Chalifour (2008) a atitude de respeito caloroso para com o utente permite ao interveniente reconhecer que o cliente é único no seu modo de estar no mundo e que é digno de interesse e merece ser valorizado. Esta atitude de respeito e valorização, foi também o substrato que foi nutrindo a minha crença nas potencialidades e recursos deste utente para fazer face às dificuldades que estava a enfrentar.

Eu fui sentindo também que o Sr. C. estava disponível para o desenvolvimento da nossa relação, e que me ia revelando aspetos importantes sobre si mesmo e a sua história. A sua partilha sobre o seu doloroso caminho, levou-me ao seu mundo íntimo, o que criou momentos de intimidade entre nós, difíceis de traduzir na narrativa, mas profundamente sentidos.

Nas interações entre enfermeiro e utente, a intimidade surge de acordo com o conteúdo e a qualidade das trocas, entre uma parte e a outra. Se o material revelado for percebido como sendo pessoal e significativo, e a resposta do outro for de cuidado, preocupação e validação (resposta complementar), a combinação destas perceções leva à experiência de intimidade pelo par (Kirk, 2007).

O processo de intimidade inicia-se quando uma pessoa expressa sentimentos ou informações, de forma verbal ou não verbal, a outra pessoa. Este processo tem continuidade quando o ouvinte responde compreensivamente e empaticamente. Para que a interação seja íntima, a pessoa que se revela deve sentir-se compreendida, reassegurada e cuidada pelo ouvinte (Reis, 1990).

Kadner (1994) defende que a intimidade terapêutica é uma forma de descrever a abertura, para a partilha de informações significativas entre o utente e o enfermeiro. A intimidade clínica requer do enfermeiro abertura e uma atitude compreensiva e de sintonia com a experiência do outro. Para além disso, esta dinâmica tem um papel central na descoberta e construção de sentido para a experiência do utente (Kirk, 2007).

Ao refletir sobre a intimidade no seio da relação enfermeiro-utente, surgiu-me uma questão muito importante que se prende com o ambiente terapêutico, uma vez que o encontro com o utente aconteceu na sala de convívio. Ao pensar um pouco sobre esta questão compreendi que esteve relacionada com medos e inseguranças minhas, ainda que no momento não tenha tomado consciência disso. Assim, o meu

medo associado à profundidade do compromisso de uma relação desta natureza, e também com a insegurança relativamente à minha capacidade para lidar com questões mais difíceis que pudessem emergir ao longo dos encontros, levaram-me a não ter o cuidado devido com o ambiente terapêutico, que deveria ter assegurado a confidencialidade e a segurança do utente, num local privado e resguardado.

3º Encontro (7º dia de internamento)

Volvidos dois dias voltei a fazer turno e continuei a minha intervenção com o Sr. C. Encontrei-o no seu sítio habitual na sala de convívio. Cumprimentou-me, de forma simpática, com um sorriso largo. Encontrava-se com mais energia e mais sorridente, que nos dias anteriores, referindo sentir-se “mais animado”. O seu semblante sério estava agora mais leve e descontraído.

A propósito do almoço desse dia, que segundo o Sr. C. tinha sido a melhor refeição que havia comido durante o internamento falou-me de como apreciava comer.

Fui sentindo que o Sr. C. estava mais descontraído e confortável, na relação comigo. Olhava-me mais nos olhos, sorria mais, utilizava mais o seu sentido de humor. Confidenciava-me mais sobre si, de forma espontânea.

Contou-me que nunca tinha aceite muito bem a diabetes mellitus, que havia desenvolvido há 18 anos, no seguimento de uma cirurgia ao um tumor benigno da cabeça do pâncreas, e que por esse motivo durante muitos anos não cumpriu a terapêutica e as restrições alimentares, apesar de conhecer os princípios da alimentação que uma pessoa com diabetes mellitus deve seguir. Sentia-se injustiçado pelo peso da doença e queria ser livre, sem restrições na sua alimentação.

Contou-me vários episódios em que, por negligenciar o cuidado com a sua alimentação e terapêutica, foi necessário ser hospitalizado e assistido.

Neste momento quem confeciona a sua alimentação é a sua empregada doméstica, mas o Sr. C. confessou que não se preocupa com a alimentação, comendo o que lhe apetece, quando apetece.

Ao escutar a forma negligente como o Sr. C. tratava o seu próprio corpo, senti alguma repulsa pelo seu comportamento, em certa medida destrutivo.

À medida que me ia contando como era para si vivenciar esta doença, fui me apercebendo de como se encontrava zangado, ressentido e revoltado e como

acabava por virar essa zanga contra si próprio, ao negligenciar os cuidados ao seu corpo. Ao devolver-lhe isso, o Sr. C. concordou e com um olhar triste e vazio disse que apesar disso não queria mudar, que não valia a pena.

Senti-me impotente face ao seu desespero e desesperança e na sua recusa à mudança. Como poderia eu ajudá-lo se ele, por vezes parecia não querer a minha ajuda?

Este terceiro encontro demonstra como a evolução da relação levou à partilha de mais aspetos significativos da história do utente, bem como sentimentos muito importantes: sua zanga com o seu próprio corpo, que necessitam de ser aprofundados e podem desempenhar um papel importante no processo de adoecer. As mensagens não verbais do utente, neste encontro, revelam também uma maior confiança, abertura e proximidade comigo.

A minha intencionalidade, antes do início do nosso encontro, foi de continuar a explorar e clarificar, em conjunto com o utente, algumas das questões que no encontro anterior tinham sido abordadas, de forma superficial. Contudo, ao privilegiar uma atitude de não-diretividade acabou por emergir esta temática, que me pareceu, naquele momento, ser importante de explorar.

No que diz respeito à fase de desenvolvimento da relação, esta mantém-se na fase de orientação, dando continuidade ao trabalho iniciado. Tal como afirma Peplau (1988) orientar o utente, isto é, ajudá-lo a identificar e avaliar o que está envolvido nos seus problemas, é uma tarefa bastante complexa. Contudo, é essencial para a total participação do utente enquanto um parceiro ativo, numa jornada muito significativa para ele.

Assim, nesta fase o utente necessita de ser assistido a redirecionar a energia (que deriva da ansiedade e tensões associadas às necessidades sentidas, mas não satisfeitas) para a compreensão e clarificação dos seus problemas em questão (Peplau, 1988).

Neste encontro perante o pessimismo, desespero, desesperança e uma certa recusa à mudança por parte do utente senti-me impotente e frustrada. Estes meus sentimentos conduziram-me ao questionamento acerca do sentido da minha intervenção: *“Como poderia eu ajudá-lo se ele, por vezes parecia não querer a minha ajuda?”*.

Ao refletir sobre esta situação fui-me dando conta do quanto eu desejava que a minha intervenção com o Sr. C. pudesse produzir resultados rápidos e objetiváveis. Por um lado, pelas exigências acadêmicas, por outro por uma certa dose de insegurança minha, quanto às minhas qualidades e à minha intervenção. Assim, havia uma parte minha, pouco disponível para aceitar e acolher a sua natural resistência e ambivalência em relação ao processo de mudança e à minha ajuda.

Ao pensar sobre esta questão deparei-me com o conceito de Rogers (2010) de aceitação incondicional, que constitui uma das três atitudes essenciais (em conjunto com a empatia e congruência), para a criação de uma relação de ajuda de qualidade. A aceitação incondicional diz respeito à atitude calorosa, positiva e receptiva do profissional, para com aquilo que está no outro. Nas palavras de Rogers

significa um respeito e apreço por ele como uma pessoa separada, um desejo de que ele possua os seus próprios sentimentos à sua própria maneira. Significa uma aceitação das suas atitudes no momento ou consideração pelas mesmas, independentemente do quão negativas ou positivas elas sejam, ou de quanto elas possam contradizer outras atitudes que ele sustinha no passado (2010, p.58).

A este propósito Rogers coloca algumas questões para reflexão, que me ajudaram a pensar sobre este tema:

Uma outra questão é a de saber se posso aceitar todas as facetas que a outra pessoa me apresenta. Poderei aceitá-la como ela é? Poderei comunicar-lhe essa atitude? Ou poderei apenas acolhê-la condicionalmente, aceitando alguns aspectos da sua maneira de sentir e desaprovando outros, implícita ou abertamente? Segundo a minha experiência quando uma atitude é condicional, o paciente não pode mudar nem desenvolver-se nesses aspectos que eu não sou capaz de aceitar completamente. (2010, p.79)

Os meus sentimentos de frustração e impotência e o meu desejo de que a minha intervenção pudesse apresentar resultados mais rápidos e objetiváveis levaram-me a experimentar algumas dificuldades em aceitar a ambivalência e resistência do utente, quanto à mudança.

Esta situação é exemplo da importância da tomada de consciência dos pensamentos e sentimentos, que nos habitam, durante a relação terapêutica, e de como estes podem interferir neste processo. Tal como afirma Rasheed (2015) quanto mais um enfermeiro está consciente de si mesmo, mais condições existem para o desenvolvimento de um ambiente de cuidados terapêutico.

Para mim, procurar desenvolver e manter, de uma forma coerente e constante,

atitudes terapêuticas: de empatia, aceitação e congruência, foi um verdadeiro desafio contínuo e de aprendizagem. Esta situação exemplifica a dificuldade e complexidade deste trabalho, nomeadamente a minha dificuldade de aceitar a resistência do utente à mudança.

Encontro com irmã do Sr. C. (11º Dia de internamento)

Após quatro dias voltei ao serviço. Nesse dia a irmã do Sr. C. ia visitá-lo e utilizei esse momento para poder conhecê-la e incluí-la no plano de cuidados do Sr.C.

Perguntei ao Sr. C. se se importava que eu falasse com a irmã dele quando terminasse a visita, ao que ele concordou. Quando chegou apresentei-me, e expliquei-lhe que gostaria de falar com ela.

Após a visita, eu e a irmã do Sr. C. reunimos num gabinete. Era uma mulher alta, de meia-idade, um pouco mais nova que o seu irmão. Tinha o mesmo ar sério, olhava-me expectante, por trás dos óculos.

Clarifiquei a finalidade do nosso encontro e comecei por lhe perguntar como é que ela estava a viver o internamento do seu irmão. Disse-me que se sentia aliviada e descansada por, finalmente, ele estar num sítio seguro, a ser cuidado por profissionais. Mas, por outro lado mostrou-se zangada com a equipa, queixando-se, entre várias coisas, da falta de comunicação entre os profissionais e os doentes e suas famílias. O seu tom de voz era alto e rápido e o seu rosto zangado. Após ouvir as suas queixas comuniquei-lhe que compreendia a sua zanga e que por vezes os cuidados oferecidos nem sempre eram os ideais. Comentei ainda, que devia estar muito preocupada com o seu irmão. De repente a sua zanga, deu lugar à tristeza.

A D. Ana contou-me como era para ela ver o seu irmão transformado em alguém que por vezes não reconhecia. Como era difícil e doloroso sentir-se impotente face a algo que não compreendia e não tinha ferramentas para lidar. Após um suspiro profundo comentei que parecia estar cansada, assentiu com a cabeça e deixou que as lágrimas que continha se soltassem.

Após alguns segundos de silêncio, questionou-me o que poderia ela fazer para ajudar o seu irmão. Respondi-lhe que era precisamente por isso que eu queria falar com ela: para juntas pensarmos em algumas estratégias que promovessem a recuperação do seu irmão após a alta. Contou-me como estava a ser difícil ajudar o

irmão, pois ele era muito determinado e por vezes não escutava ninguém além dele próprio.

Disse-lhe que o caminho de recuperação do Sr. C. era um percurso dele, ela poderia apoiá-lo e estar presente, mas não poderia fazer esse caminho por ele, ninguém podia.

Após um silêncio de reflexão, a D. Ana foi pensando em algumas formas de ajudar o irmão: procurar passar mais tempo com ele, por exemplo ir jantar a casa dele uma vez por semana; procurar atividade que pudessem fazer em conjunto; incentivá-lo a iniciar um processo psicoterapêutico. Acrescentei que era importante mostrar-se compreensiva para com as limitações do seu irmão, e que procurar aproximar-se dele poderia ser também frustrante. Falei-lhe no grupo de famílias, dinamizado naquele serviço por uma enfermeira, que seria um espaço onde poderia falar das suas dificuldades e angústias e escutar outras pessoas que enfrentavam dificuldades semelhantes.

Mostrei-me disponível para conversar novamente com ela, se sentisse necessidade e despedimo-nos. Ao cumprimentar-me estava visivelmente emocionada, com os olhos húmidos e agradeceu-me muito por tê-la escutado.

Ao falar com a irmã do utente, a minha intencionalidade foi a de incluí-la no plano de cuidados, em particular no pós-alta. Assim, procurei estabelecer com ela um laço de confiança, uma vez que é alguém muito significativo para o utente, para que pudesse ser uma aliada na sua recuperação. Simultaneamente disponibilizei-me para a escutar e para a apoiar, no momento difícil que estava a vivenciar com o adoecer e o internamento do seu irmão.

4º Encontro (12º Dia de internamento)

No dia seguinte preparei uma atividade de grupo de movimento e expressão corporal para alguns dos doentes internados e considerei que seria benéfico o Sr. C. participar nesta atividade, uma vez que objetivos iam ao encontro às necessidades de cuidados do Sr. C. Assim promoveria o contacto com seu próprio corpo e as suas emoções e ao mesmo tempo, com as outras pessoas internadas.

Nesse dia, aproximei-me do Sr.C., na sala de convívio, cumprimentei-o e expliquei-lhe que iria realizar uma atividade, que na minha opinião seria benéfica para ele e convidei-o a participar. Ele mostrou-se um pouco reticente, colocou-me algumas

questões, mas após explicar-lhe em que consistia aceitou integrar a atividade.

O meu convite ao utente para integrar a atividade “Sentimento em movimento” foi realizado com a intencionalidade de lhe oferecer um espaço que promovesse a vivência de momentos de bem-estar e prazer através do movimento corporal, proporcionasse a oportunidade de expressão emocional através do movimento, bem como favorecesse a sua interação com os restantes utentes internados.

A atividade “Sentimento em movimento” era direcionada para pessoas com o diagnóstico de enfermagem de baixa-autoestima, assim os objetivos desta iam precisamente de encontro às necessidades do utente.

Ao observar o utente durante a atividade foi notório que durante o aquecimento encontrava-se um pouco contido, mas gradualmente foi ficando mais descontraído, em particular no exercício de aquecimento a pares, onde se mostrou divertido e sorridente. No exercício de movimento livre, fechou os olhos e moveu-se de forma leve e descontraída, ao ritmo da música. No fim da atividade encontrava-se calmo e tranquilo, com uma postura corporal relaxada e sorridente. Na partilha comentou que tinha apreciado muito a atividade, que gostaria de repeti-la e que o exercício que mais tinha apreciado tinha sido o relaxamento.

5º Encontro (15º Dia de internamento)

Após três dias regressei ao serviço. Como habitualmente, a meio do turno da manhã encontrei o Sr. C. na sala de convívio a ler o seu jornal.

Cumprimentei-o e ele cumprimentou-me de volta, com um sorriso. Sentei-me a seu lado, perguntando-lhe como havia passado aqueles últimos dias. Disse-me que se sentia melhor, mas que a sua médica nessa manhã lhe tinha falado que teria alta em breve, e que ainda não se sentia preparado para ter alta.

Disse-me que estava apreensivo com a sua alta, pois não sabia como iria ser “lá fora”. A sua postura era tensa e ia apertando as mãos à medida que falava comigo.

Fui-lhe colocando algumas questões para que pudéssemos explorar as suas inquietações em relação à alta, mas terminava sempre dizendo que não queria falar sobre aquele assunto, que depois pensava nisso.

Eu ia-me sentindo impotente e frustrada perante a sua resistência, apesar disso, fui insistindo que me parecia importante discutirmos os seus sentimentos em

relação à alta e o seu plano/projeto após a saída do internamento. Contudo o Sr. C. mantinha-se firme em não querer falar sobre esse assunto.

Reafirmava a sua desesperança e descrença na sua recuperação, bem como a impotência para alterar a sua vida. Fui-lhe devolvendo que o sentia bastante diferente do início do internamento, e que ele próprio já me tinha dito que se sentia melhor. Continuei dizendo-lhe que tinha começado o seu percurso de recuperação e que agora poderia continuá-lo “lá fora”.

À medida que lhe fui mostrando a minha perspetiva, foi ficando mais tenso, irritado, dizendo-me que era ele quem sabia como se sentia, e que eu não o podia compreender porque nunca tinha estado doente como ele.

Respondi-lhe que, de fato, nunca tinha passado pela mesma experiência que ele, mas que estava a procurar ajudá-lo. Olhou-me e permanecemos alguns segundos em silêncio. Senti-me frustrada e triste e pareceu-me que o melhor seria não insistir naquele assunto, pelo menos naquele momento. Fui eu quem quebrou o silêncio dizendo-lhe que se ele ia ter alta, era também a altura de nos despedirmos.

A sua expressão facial suavizou-se. Acenou que sim e sorriu. Perguntou-me até quando eu continuaria o meu estágio ali naquele serviço. Respondi-lhe que continuaria ali mais algumas semanas e depois mudaria para outro local.

O nosso diálogo foi interrompido pela chamada para o almoço.

Levantámo-nos e eu disse-lhe que se não tivéssemos mais oportunidade de falar naquele dia amanhã ainda nos veríamos, pois eu iria também lá estar e despedimo-nos com um “até já”.

Neste encontro, foram abordados dois temas muito importantes: a alta e o fim da nossa relação.

O utente mostrou resistência em explorar os seus pensamentos e sentimentos em relação à alta, apresentando uma postura corporal tensa. Os sentimentos que expressou foram de desesperança, impotência, irritação e zanga face à minha insistência em discutir aquele tema. É interessante observar como a resistência do utente se acentuou, de uma forma ainda mais marcada, aquando da aproximação da alta e de como isso também influenciou o desenvolvimento da nossa relação. Talvez, de uma forma subtil o utente me fosse comunicando que não se sentia ainda preparado para abandonar o internamento.

Ao pensar sobre como poderia ter abordado esta questão de outra forma, pela dificuldade do utente em expressar verbalmente os seus pensamentos e sentimentos em relação à alta, penso que poderia ter recorrido a mediadores expressivos para facilitar a comunicação entre nós e aliviar a tensão que esta questão difícil provocou.

Face à forma como o utente se ia mostrando indisponível para discutir estas questões, que me pareciam importantes, fui-me sentindo impotente e frustrada, tal como havia acontecido num encontro anterior (3º encontro - 7º dia de internamento), fruto por um lado, do meu desejo genuíno de ajudar o utente, e por outro, do meu desejo de ser bem-sucedida na intervenção que estava a realizar, do ponto de vista técnico.

No que diz respeito ao fim da relação terapêutica, ela deve ocorrer idealmente, de acordo com Peplau (1988), quando a relação evoluiu através das fases de orientação, identificação, exploração e se encontra na fase de resolução.

A fase de resolução implica então a libertação gradual da identificação com a pessoa que cuidou do utente e o amadurecimento da sua capacidade de estar só. Estes objetivos só podem ser alcançados quando as fases mais precoces da relação são atingidas e a pessoa se sente aceite, de forma incondicional, numa relação sólida (Peplau, 1988).

Contudo, a relação que desenvolvi com este utente encontrava-se ainda numa fase muito precoce (fase de orientação), pois o período de quinze dias de internamento, naturalmente não foi suficiente para uma maior evolução.

6º Encontro (16º Dia de internamento)

No dia seguinte à tarde procurei o Sr. C. na sala de convívio. Encontrei-o sentado no mesmo sítio de sempre, a ler um livro. E como sempre, sentei-me a seu lado.

Perguntei-lhe como estava e se tinha pensado no que tínhamos falado no dia anterior. Respondeu-me que sim e que tinha estado a falar com a sua médica nessa manhã que lhe tinha proposto integrar o hospital de dia após a alta. O Sr. C. mostrava-se muito reticente em relação a essa possibilidade, dizendo que achava que não era o seu “género” e que não ia gostar. Propus-lhe que experimentasse e depois decidisse se gostava ou não.

Questionei-o se tinha pensado em como se iria organizar após a alta. Disse-me

que depois logo veria, afastando o assunto uma vez mais.

Eu ia-me sentindo cada vez mais impotente e sentia também que de alguma forma estava a falhar, pois não estava a ser capaz de o ajudar a construir um projeto para a sua recuperação após a alta.

Fui-lhe falando em algumas possibilidades de atividades que poderia realizar após a alta: visitar a biblioteca perto de sua casa (uma vez que gostava bastante de ler); realizar caminhadas (para cuidar melhor do seu corpo) ...Às minhas sugestões ia argumentado que não gostava, ou que não valia a pena o esforço, que queria ficar em casa sossegado.

Ajudar o Sr. C. não era uma tarefa fácil, e eu ia-me sentindo absorvida pelo seu pessimismo e desesperança.

Perguntei-lhe se havia algo que eu pudesse fazer para o ajudar. O Sr. C. sorriu e disse-me que não havia nada que eu pudesse fazer.

Apesar de me sentir triste, impotente, frustrada por querer ajudá-lo e sentir que não o estava a fazer, compreendi que era importante respeitar o seu tempo e as suas decisões.

No final do turno aproximei-me do Sr. C., na sala de convívio. A sua alta estava planeada para o dia seguinte, por isso provavelmente já não nos veríamos. Para mim, foi com alguma tristeza que me despedi do Sr. C.. No meu pensamento algumas dúvidas assaltavam-me: como iria ser o seu regresso a casa? Iria ser capaz de continuar a sua recuperação, ou iria deixar-se afogar no mar de apatia e desesperança?

Sentia-me também, por outro lado, grata por ter tido o privilégio de poder acompanhá-lo naquele percurso. Tinha sido uma tarefa bastante exigente, mas simultaneamente tinha sido uma experiência muito gratificante.

Sentia afeto pelo Sr. C. e apesar das minhas dúvidas e receios quanto à sua alta, desejava que a sua recuperação pudesse continuar e que a parte viva que existia dentro dele pudesse ganhar ao outro lado mais sombrio.

O Sr. C. sorriu-me e despediu-se dizendo que tinha sido muito bom conhecer-me e que me desejava toda a sorte e felicidade no meu estágio e na minha vida. Eu sorri, devolvendo-lhe que tinha sido também muito bom conhecê-lo e um privilégio acompanhá-lo durante o internamento e que lhe desejava tudo de bom também. Sorrimos um para o outro, emocionados e ele estendeu-me a sua mão direita, para

um aperto, que eu recebi afetuosamente.

Este foi o último encontro com o utente, e assim impõe-se a reflexão sobre o fim da relação.

Chalifour (2008) defende que alguns aspetos são facilitadores de uma boa conclusão da relação. Assim, para este autor o utente e o enfermeiro devem reconhecer o que viveram e partilhá-lo. O enfermeiro deverá ajudar também o utente a reconhecer o significado que tem para ele o final da relação e prepará-lo para a nova situação que o espera.

Procurei discutir com ele o seu projeto para a alta, para continuar o seu caminho de recuperação. Uma vez mais face à sua resistência senti-me impotente, frustrada, triste. Uma parte minha sentia que, de alguma forma, eu tinha falhado, pois não tinha conseguido ajudar o utente a construir um projeto terapêutico, para a sua recuperação.

Estes sentimentos emergiram várias vezes ao longo dos encontros, quando o utente se mostrava resistente à minha ajuda, expressando sentimentos de desesperança e pessimismo.

Uma questão que me parece importante de ser pensada é o fato de me sentir absorvida pelos sentimentos do utente: negativismo, pessimismo e desesperança, sentindo-me por vezes invadida por esses sentimentos. A propósito desta questão deparei-me com esta citação de Rogers que condensa algumas reflexões importantes acerca da individualidade na relação terapêutica.

Há uma outra questão de cuja importância me pude aperceber através da minha experiência: poderei ser suficientemente forte enquanto pessoa para ser independente do outro? (...)Serei bastante forte na minha independência para não ficar deprimido com a sua depressão, angustiado com a sua angústia ou absorvido pela sua dependência? O meu eu será suficientemente forte para sentir que eu não sou nem destruído pela cólera, nem absorvido pela sua necessidade de dependência, nem escravizado pelo seu amor, mas que existo independentemente dele com sentimentos e com direitos que me são próprios? Quando puder sentir livremente esta força de ser uma pessoa independente, então descobrirei que me posso dedicar completamente à compreensão e à aceitação do outro porque não tenho receio de me perder a mim mesmo (2010, p.77).

Ao longo das minhas reflexões fui explorando estes meus sentimentos, que

associei ao meu desejo de ajudar o utente, bem como ao desejo de ser bem-sucedida na intervenção terapêutica. Pensei também em como os meus próprios sentimentos interferiram na minha forma de estar, influenciando a minha disponibilidade para aceitar e acolher os sentimentos do utente e a sua resistência.

Contudo penso que as raízes dos meus sentimentos de tristeza, frustração e impotência poderão ser mais profundas e mais antigas do que poderia parecer-me num primeiro momento. Ao revisitar a minha história pessoal encontro alguns episódios dolorosos, em que me senti dessa forma, por sentir não ter sido capaz de ajudar alguém próximo, que se encontrava a sofrer.

Recorrendo ao conceito psicanalítico de contratransferência, aplicado à prática de enfermagem, Miles e Morse (1995) descrevem-no como a resposta consciente e inconsciente do enfermeiro face ao utente.

Assim, agora, ao refletir sobre a forma como me senti face a esta situação com o utente, pude observar, como a minha história e as minhas vivências anteriores influenciaram a minha forma de estar na relação.

Diversos autores concordam que o reconhecimento do fenómeno da contratransferência, no contexto de enfermagem é bastante importante para a construção de uma relação terapêutica (O' Kelly, 1998). De acordo com O' Kelly (1998) refletir sobre a contratransferência, na relação enfermeiro-utente conduz à melhoria os cuidados prestados, e aumenta o conhecimento profissional e pessoal dos enfermeiros e o seu crescimento.

Também Peplau (1988) defende que os enfermeiros devem tornar-se conscientes de si mesmos, das suas necessidades e reações pessoais, para que possam ajudar os utentes.

Ao pensar sobre esta questão dei-me conta, uma vez mais, da complexidade e exigência, do ponto de vista técnico e pessoal, envolvido na construção de uma relação terapêutica. Tomei consciência de como os meus conflitos e feridas internas podem emergir no contexto da relação com os utentes, e de como é essencial estar atenta e refletir sobre o que vou sentindo e experimentando nos encontros com os utentes.

Para Peplau (1988) à medida que o enfermeiro auxilia o utente a identificar as questões problemáticas da sua situação particular e o ajuda neste processo de descoberta e compreensão, também ele expande a sua consciência de si mesmo.

Uma vez que este foi o nosso último encontro, impuseram-se as despedidas. Senti uma mistura de sentimentos: por um lado tristeza pelo fim da nossa relação, por outro sentia-me grata pela experiência que tínhamos tido juntos.

A relação que construí com aquele utente transporto-a dentro de mim e acredito que o mesmo seja verdade para ele.

Tal como afirma Walsh (1997) a relação mantém-se viva dentro do enfermeiro e do utente, pois é caracterizado por um encontro profundo e genuíno entre seres humanos. Na vivência do fim da relação, o passado e o futuro são ambos significativos e dão sentido ao presente.

3.2 Ensino clínico em contexto ambulatorio

O ensino clínico em contexto ambulatorio decorreu num serviço de consultas externas de psiquiatria de uma instituição da região de Lisboa.

A equipa deste serviço é multidisciplinar, sendo composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros. A equipa de enfermagem é composta por três enfermeiras, sendo que duas são especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A consulta de enfermagem funciona nos dias de semana, no horário das 8:30 às 20:00. A marcação da consulta é previamente acordada entre o enfermeiro e o utente, de acordo com as necessidades. Contudo também são realizadas consultas sem marcação e consultas telefónicas.

No contexto onde decorreu o ensino clínico, na consulta de enfermagem são prestados cuidados de saúde mental especializados e individualizados, sendo sobretudo direccionados para utentes que apresentam patologia psiquiátrica grave e que necessitam de acompanhamento contínuo. São realizadas intervenções de cariz interdependente e intervenções autónomas de enfermagem. No que se refere às intervenções de cariz interdependente, destaco a administração de terapêutica e a monitorização da sua adesão. Quanto às intervenções autónomas, a promoção de saúde, do bem-estar e autocuidado dos utentes, a vigilância e deteção precoce de complicações associadas à doença mental e a promoção da readaptação funcional.

A consulta de enfermagem é uma atividade autônoma, com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com as necessidades do utente, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem (Portaria n.º 306-A de 12 de Dezembro dos Ministérios da Saúde e das Finanças, 2011).

De acordo com Oliveira S. et al (2012) a consulta de enfermagem constitui uma estratégia eficaz na deteção precoce de desvios de saúde e no acompanhamento de medidas instituídas para o bem-estar dos utentes, trazendo benefícios à comunidade.

A minha experiência no ensino clínico em contexto de ambulatório, na consulta de enfermagem, foi um grande desafio. Devido a algumas contingências do próprio contexto clínico, foi necessário rever e repensar o meu projeto inicial e a sua operacionalização.

Encontrei alguns obstáculos ao desenvolvimento do meu projeto cuja temática se prende com a relação terapêutica com utentes com depressão maior. Por um lado, porque os utentes com esta patologia não frequentam a consulta de enfermagem. Por outro, as consultas têm uma grande afluência de utentes e sua duração é breve, entre 10 a 20 minutos. Um outro aspeto é o facto dos utentes da consulta já se encontrarem vinculados à relação estabelecida com os enfermeiros, e dessa forma, eu ser um elemento estranho.

No que se refere ao meu desenvolvimento pessoal, esta experiência foi uma grande oportunidade de crescimento. Por um lado, pela frustração associada às dificuldades em operacionalizar o meu projeto, por outro, pelo luto e desidealização necessários por um “estágio idealizado”, tarefa essencial para ser capaz de usufruir desta experiência profissional e pessoal.

Assim, durante as primeiras semanas os sentimentos que me invadiram foram de desânimo, tristeza e uma certa zanga, que me cegaram para as possibilidades de aprendizagem daquele contexto. Contudo, após este período inicial de desalento, fui

procurando aos poucos descobrir as potencialidades escondidas daquele local, que se revelou um terreno fértil em aprendizagens pessoais e profissionais.

No que diz respeito às aprendizagens pessoais apresento mais adiante a minha reflexão sobre as vivências emocionais desse período.

No que se refere às aprendizagens profissionais optei por utilizar como estratégias, a observação atenta e cuidadosa da forma de estar das enfermeiras, pois a equipa de enfermagem, na sua prática, privilegia a relação com os utentes e também a participação na consulta de enfermagem, procurando estabelecer, interações terapêuticas na prestação de cuidados.

Assim, interações terapêuticas, tal como são definidas por Williams & Irurita (2004), são interações que facilitam o conforto emocional, ao proporcionarem sentimentos de controlo ao utente, ajudando-o a sentir-se seguro, informado e valorizado.

3.2.1 A consulta de enfermagem: observando a relação enfermeiro-utente e construindo interações terapêuticas

Neste percurso, por vezes acidentado, realizei várias aprendizagens sobre alguns dos elementos essenciais da relação: encontro humano, comunicação, diálogo e escuta, e confiança.

Encontro Humano

Na consulta de enfermagem, o encontro entre utente e enfermeiro é um encontro profissional, mas simultaneamente um encontro humano. Observei como os enfermeiros combinavam, de forma harmoniosa o conhecimento científico e técnico, com as qualidades e calor humano.

Walsh (1999) defende que o conhecimento e técnica, adquiridos pelos enfermeiros na sua formação académica e experiência, devem ser aplicados com sensibilidade, sendo para isso necessário a apreciação e reconhecimento da humanidade partilhada no encontro enfermeiro-utente.

Os enfermeiros têm a oportunidade de fazer a diferença na saúde das pessoas e nas suas experiências de reparação/cura. É imperativo que a complexidade da

relação humana seja reconhecida e que sejam abraçados os valores humanísticos da enfermagem e dada primazia à relação, na prática dos cuidados de enfermagem (Hatrick, 1997).

Hem e Heggen (2003), num artigo que explora a experiência do enfermeiro, na sua procura pelo equilíbrio entre ser “profissional” e ser “humano”, defende que a vulnerabilidade do enfermeiro, enquanto ser humano, pode ser um elemento construtivo, na prestação de cuidados, tendo o potencial de catalisar o seu desenvolvimento.

Assim, pondo em prática o que aprendi com a observação, fui sendo capaz de exprimir na prática de cuidados a minha humanidade, de formas diferentes: a escuta atenta e respeitosa do outro; a expressão da empatia despertada pelo sofrimento e dor; a humildade ao reconhecer as minhas próprias limitações, dúvidas, fragilidades, a expressão do afeto... No fundo desenvolver a minha capacidade de me ligar ao outro, ao utente, tocando-o e deixando-me ser tocada por ele.

Comunicação, diálogo e escuta

No contexto da relação enfermeiro-utente, é através da comunicação que o enfermeiro acede ao mundo do utente. A comunicação é como uma ponte, que une margens distantes, sem a qual não é possível descobrir o outro lado.

A comunicação terapêutica refere-se ao processo no qual o enfermeiro, de forma intencional, ajuda o utente a ampliar a sua compreensão através da comunicação verbal ou não verbal. A comunicação terapêutica envolve a utilização de técnicas que encorajam o utente e a exprimir ideias e sentimentos (Mosby's, 2013).

No contexto da consulta de enfermagem, a comunicação efetiva é um aspeto apontado como positivo para a relação entre enfermeiro e utente, de acordo com Oliveira S. *et al* (2012).

Na consulta de enfermagem, pude observar que a escuta tem um lugar muito importante na comunicação com os utentes e que este é reconhecido pelos profissionais. Ali é oferecido ao utente um espaço de expressão, que é por ele preenchido de acordo com as necessidades que sente. A abertura, disponibilidade, e a presença efetiva por parte dos enfermeiros estimula os utentes à partilha.

Ao longo das semanas de ensino clínico tive oportunidade de mobilizar estes conhecimentos. Assim, tive a oportunidade de escutar pequenos pedaços da vida daquelas pessoas, fragmentos da existência humana: as alegrias e as tristezas, as conquistas e as derrotas do dia-a-dia, as trivialidades, as dúvidas, as inseguranças e angústias, os fantasmas que atormentam, mas também os sonhos, as vitórias, o amor.

Em reflexão conjunta com os enfermeiros sobre esta prática, compreendi também que a escuta do que é trazido pelo utente à consulta vai muito além do discurso em si (histórias, desabafos ou “lugares-comuns”), passando também pelo que é revelado na forma como o utente se apresenta naquele dia, as subtilezas da linguagem não verbal, as emoções expressas no corpo.

De acordo com Chalifour (2008) a escuta constitui uma técnica de comunicação não-verbal. Esta consiste, num primeiro momento, em captar a mensagem comunicada, compreender o seu conteúdo conceptual e afetivo, e em seguida, em manifestar a sua compreensão ao utente através da sua intervenção junto dele. Desta forma, o utente sentir-se-á escutado e compreendido.

Assim, após a escuta cuidadosa do que era trazido pelo utente à consulta, avaliava as necessidades de saúde expressas naquele momento e intervinha em conformidade.

Quando o enfermeiro permite ao utente participar de forma ativa na sua consulta, escutando-o com interesse, disposição e favorecendo a sua liberdade de expressão, consegue então percebê-lo como ser único e dessa forma planear uma intervenção de enfermagem individualizada e mais satisfatória para ambos (Oliveira S. *et al* , 2012).

Para Pontes, Leitão e Ramos (2007) é essencial reconhecer que escutar o utente é uma ação terapêutica e determinante no processo de recuperação de saúde. Para que o enfermeiro estabeleça uma comunicação satisfatória e preste cuidados humanizados, é então necessário que deseje envolver-se e acredite que a sua presença é tão importante quanto a realização de outros procedimentos técnicos.

Segundo Jonsdotir, Litchfield e Pharris (2004) o *core* da prática relacional em enfermagem pode ser entendido como um processo de parceria profissional, focado no diálogo aberto, atento, responsivo e não diretivo entre enfermeiro e utente. O

enfermeiro procura responder às preocupações de saúde do utente e ao significado que sua experiência de saúde/doença contém.

Durante o ensino clínico tive oportunidade de refletir sobre a importância de escutar a voz do utente, no que se refere à sua saúde/doença. É verdade que o enfermeiro possui o saber científico e a experiência profissional, mas é igualmente verdade que é o utente quem possui o conhecimento sobre si mesmo e que experiencia o processo de doença. Assim, unir estes dois saberes tão distintos, mas complementares é imprescindível.

Na minha experiência, ao longo daquelas semanas na consulta, foi possível observar isso mesmo, quando fui capaz de manter uma presença atenta, interessada e responsiva, na qual a escuta tinha um lugar essencial, fui capaz de prestar cuidados mais individualizados e de encontro às necessidades de cada utente.

Confiança

À medida que fui observando a prática dos enfermeiros e as dinâmicas das suas relações com os utentes fui-me dando conta do sentimento de confiança que os utentes depositavam naqueles enfermeiros.

Esse sentimento expressava-se na forma como os enfermeiros assumiam o lugar de pessoa de referência, na procura de ajuda para as mais diversas necessidades de saúde (em particular saúde mental) por parte dos utentes. Assim eram frequentemente consultados para esclarecer dúvidas, emitir opiniões profissionais, ensinar, ajudar na procura de soluções para dificuldades inter e intrapessoais, entre outras, tendo um impacto muito direto e importante na saúde (e na vida) dos utentes.

Vários utentes expuseram as suas vulnerabilidades, confidenciando na consulta de enfermagem algumas questões importantes (por vezes pedidos de ajuda), que não partilhavam com outros profissionais, mas que ali encontravam espaço para serem expressas.

Para Lourenço C. *et al* (2011) a construção do sentimento de confiança, pedra basilar da relação terapêutica é um processo dinâmico, no qual enfermeiros e utentes são atores aliados e em construção. Entre os fatores facilitadores da construção da relação de confiança, foram identificados por estes autores: o diálogo, a presença, a

disponibilidade, o carinho, a escuta, a atenção e a autenticidade. Foram também identificados fatores considerados inibidores, tais como: sentimentos negativos, inexperiência do enfermeiro, características pessoais do enfermeiro, características do cliente e interação com outros membros da equipa

Segundo Schout, Jong e Zeelen (2009) os prestadores de cuidados capazes de estabelecer contacto e ganhar a confiança dos utentes, recorrem a uma abordagem identificada como de “não-julgamento”. Entre outras qualidades relacionais necessárias para a construção da confiança, na relação, identificaram: compaixão, lealdade, envolvimento, tenacidade, flexibilidade, otimismo, diplomacia, paciência, criatividade, altruísmo e uma certa imunidade ao stress.

A investigação vem reforçar o que tive oportunidade de observar: profissionais com uma atitude de aceitação, abertura, flexibilidade e disponibilidade para com o outro, que utilizam essas qualidades humanas na prática clínica, como instrumento terapêutico, têm maior capacidade de construir com os utentes relações de confiança, prestando melhores cuidados.

Uma vez que o enfermeiro é ele mesmo um instrumento terapêutico na relação de cuidar, deve suportar a sua ação em conhecimentos éticos, científicos e técnicos, numa prática reflexiva indispensável ao desenvolvimento da qualidade da relação (Lorenço C. et al., 2011).

3.2.2 Processo reflexivo e de crescimento pessoal

Durante este ensino clínico vivi experiências pessoais muito importantes e marcantes e ainda que não estejam diretamente associadas à prestação de cuidados, constituem uma parte essencial desta jornada, pelas aprendizagens que realizei e pelo crescimento pessoal e profissional que me proporcionaram.

Tal como já referi, neste ensino clínico encontrei algumas dificuldades na operacionalização do projeto inicial. Alguns dos obstáculos prendem-se com questões da realidade externa, mas outros estão relacionadas com a minha realidade interna. Nesta reflexão mergulho em profundidade, em mim mesma, tendo como ponto de partida a vivência emocional que as dificuldades, os obstáculos e frustrações do ensino clínico despertaram em mim.

Eu construí uma grande expectativa em torno dos ensinamentos clínicos. A experiência na área de saúde mental/psiquiatria era algo completamente novo e diferente para mim e imaginei que pudesse constituir uma experiência profissional que pudesse ser bastante gratificante. Assim, durante o ano letivo anterior sonhei várias vezes com esta experiência, e acabei por idealizá-la: imaginei uma realidade ideal, na qual a abordagem e a leitura do fenómeno doença/saúde mental se regeria pelos ideais humanistas; os profissionais seriam bastante diferenciados, no que se refere às questões relacionais; e a reflexão andaria de mãos dadas com a ação. Este foi o castelo encantado, que uma parte minha esperava.

O confronto com a realidade foi duro. A minha experiência não podia distanciar-se mais do que eu havia sonhado, e era profundamente frustrante: os recursos escasseiam, a abordagem de alguns profissionais centra-se frequentemente no modelo biomédico, a reflexão não é prática sistemática. No fundo, os serviços de cuidados psiquiátricos estão expostos às mesmas dificuldades, limites e desafios que os restantes serviços de cuidados de saúde.

O meu castelo encantado desmoronou-se no confronto com a realidade, e foi uma experiência, do ponto de vista emocional, intensa.

Os sentimentos de tristeza, frustração, zanga, desalento que se acumulavam desde o início do ensino clínico eclodiram durante o ensino clínico de ambulatório e instalaram-se em mim, durante algumas semanas. Encontrava-me profundamente desiludida e desencantada, questionando por vezes o sentido deste meu caminho.

Senti-me sem energia, sem força, o meu corpo e a minha mente estavam cansados. A pouca energia que me sobrava utilizava-a em manter-me funcional: trabalhar, cuidar de mim, participar no estágio. Desejei várias vezes desistir deste percurso, só para poder sentir-me novamente em paz e poder descansar, desta luta (luto) interno, por um estágio idealizado.

Olhava para a minha experiência em ambos os ensinamentos clínicos, tão distante da realidade paralela que eu havia imaginado e só conseguia vislumbrar tudo aquilo que aquela experiência não era, e que eu desejava muito que fosse e isso deixava-me zangada e amargurada.

À medida que as semanas se foram sucedendo durante o estágio de ambulatório, a intensidade destes sentimentos foi suavizando. Fui sendo capaz de ter um outro olhar sobre a realidade, com a qual comecei a fazer as pazes, progressivamente. Assim, fiquei também mais disponível para apreciar os aspetos positivos da experiência e usufruir, de forma plena das oportunidades de aprendizagem.

A vivência do afeto depressivo, apesar de ter sido profundamente dolorosa e muito difícil, foi das vivências emocionais mais importantes deste caminho, no que diz respeito ao meu crescimento pessoal.

Refletir sobre esta experiência é refletir sobre mim mesma: ao longo de muitos anos, recusei-me a viver o meu próprio afeto depressivo, relacionado com perdas e lutos pessoais. Como estratégia de sobrevivência mental enterrei essa dor, tristeza, zanga, num baú, no sítio mais profundo de mim, para poder continuar a viver, crescer, a aprender. Intuindo que, de outra forma, a dor que sentia podia ser demasiado forte e pesada. E esse baú foi ficando esquecido, num sítio cada vez mais profundo, mais difícil de aceder, e foi também contaminando alguns aspetos da minha vida. Mais recentemente, encontrando-me num processo psicoterapêutico, fui escavando lentamente durante algum tempo, até chegar a esse baú e reencontrei essa dor, essa tristeza avassaladora.

Curiosamente, ou não, o contacto com esta minha parte deprimida, durante a minha caminhada psicoterapêutica, coincidiu com a experiência de ensino clínico (num projeto cuja temática está relacionada com a depressão) e com o meu confronto entre o que eu havia sonhado para esse percurso e a realidade que encontrara. Assim, penso que esta interseção entre aspetos da minha vida pessoal e profissional contribuiu para a intensidade emocional com que vivi o luto por um estágio idealizado, pois estava também a viver um outro luto antigo, muito mais profundo, em simultâneo.

A possibilidade de viver e expressar o afeto depressivo: de me desiludir, zangar-me, revoltar-me, entristecer, chorar, num contexto psicoterapêutico, abriu espaço para cuidar e reparar uma parte minha deprimida, que durante tanto tempo, para sobreviver, eu enterrei.

Entrar em contacto com a minha fragilidade e vulnerabilidade, fez-me tomar consciência de uma parte minha “ferida” e compreender mais claramente o meu interesse pessoal na temática da depressão.

Nas minhas reflexões e leituras sobre estas questões deparei-me com o conceito do “curador ferido”. Este arquétipo tem as suas raízes ancestrais na mitologia grega e na tradição xamânica, tendo sido utilizado no contexto da psicoterapia e medicina por Carl Jung, para ilustrar a poderosa dualidade entre ferida e reparação. Este autor chegou, de fato a afirmar que apenas o médico que foi um dia ferido é capaz de ajudar alguém no seu processo de reparação (Benziman, Kannai & Ahmad, 2012).

O mito grego associado a este arquétipo é o de Quíron, um centauro ferido acidentalmente por uma flecha envenenada de Héracles, que sobrevive, pois é imortal, mas sofre para sempre a dor de uma ferida que não sara. Devido a este ferimento e à sua proximidade com o sofrimento Quíron desenvolve as suas habilidades de cura, tornando-se num curandeiro lendário da antiga Grécia.

Tal como o centauro Quíron, também eu fui algures ferida, conheço de perto a dor e o sofrimento e tal como ele, também eu sinto curiosidade e o ímpeto de estudar a arte da cura, a arte de cuidar e assim tornei-me uma espécie de curandeira moderna: uma enfermeira. Contudo, compreendi que não basta cuidar das feridas dos outros, para amenizar a minha dor, é necessário reconhecer e aceitar as minhas próprias feridas, cuidar delas, compreendê-las, para que possam sarar finalmente, e um dia sejam apenas cicatriz, memória da dor e lembrança da minha humanidade.

A ferida, em si mesma não produz a capacidade de reparação. Antes, o potencial reparador nasce à medida que a ferida vai sendo cuidada, acolhida, respeitada ao longo do percurso de “cura”. Assim, quanto mais o profissional de saúde for capaz de compreender as próprias feridas e a sua jornada, em melhor posição está para conduzir outros neste processo, reconhecendo que cada caminho é único (Wright, 2012).

O curador-ferido representa não só a dor e o sofrimento, mas também e sobretudo a possibilidade de resiliência, crescimento, maturidade e a capacidade de

utilizar essa sabedoria adquirida através do próprio conhecimento íntimo do sofrimento, ao serviço da recuperação dos outros (Wright N., 2012).

Incluir neste relatório esta minha experiência emocional e as reflexões pessoais que a partir daí fui elaborando pareceu-me essencial, uma vez que são parte integrante da minha jornada de crescimento e aprendizagem. O meu desenvolvimento enquanto profissional de saúde mental é indissociável do meu crescimento, desenvolvimento e maturação enquanto pessoa.

Ao longo da experiência de ensino clínico, na minha prática de cuidados compreendi como é desafiante e exigente a mobilização de mim mesma como instrumento terapêutico. Aprendi também como por um lado isso exige reflexão e um conhecimento muito profundo de mim mesma, e por outro, um compromisso constante com o meu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoa.

Tal como afirma Peplau (1988) a pessoa que cada enfermeiro é faz uma diferença substancial no que cada utente aprende ao ser cuidado durante a sua experiência de doença. Também Rogers. (2010) p.82 afirma isto mesmo: “(...) a relação de ajuda ótima é o tipo de relação criada por uma pessoa psicologicamente madura, ou seja, a minha capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como uma pessoa independente mede-se pelo desenvolvimento que eu próprio atingi.”.

3.3 Contributos dos ensinamentos clínicos no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Ao longo deste capítulo apresentei as atividades que desenvolvi nos ensinamentos clínicos, importantes experiências de aprendizagens no meu percurso de desenvolvimento das competências necessárias à aquisição do título de EESMP, definidas pela OE.

Destaco a primeira competência como aquela que foi mais amplamente desenvolvida: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010 p.4).

A capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal é central na prática de enfermagem de saúde mental, visto que interfere de forma direta na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica (OE, 2010). Assim, uma parte muito significativa do trabalho que realizei neste percurso foi ampliar o meu auto-conhecimento a partir das experiências de cuidar.

Desenvolvi a minha capacidade de tomar consciência de mim mesma durante a relação terapêutica, ao cuidar de um utente durante o seu internamento e refletir sobre a relação que construímos e, inevitavelmente, sobre a minha forma de estar nessa relação.

Esta experiência fez-me compreender a complexidade técnica e humana inerente ao desenvolvimento de uma relação terapêutica, pois permitiu-me viver as dificuldades deste processo e tomar consciência de como a minha história pessoal influencia a minha forma de estar na relação. Compreendi, através da experiência, a importância de me conhecer a mim mesma e à minha história de uma forma profunda, estando atenta às minhas dificuldades, feridas e conflitos internos, para que estes não interfiram na minha capacidade de cuidar e de me relacionar.

Neste trabalho foi muito importante um elemento exterior perspicaz e atento, a professora-orientadora, que me estimulou sempre a refletir sobre mim mesma.

A partir do trabalho que realizei, de reflexão, introspeção e elaboração das vivências emocionais complexas que cuidar de pessoas com doença mental despertam, este percurso de aprendizagem revelou-se também um processo de crescimento pessoal, amadurecimento e de expansão do meu autoconhecimento.

A segunda competência “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2010 p.4) foi desenvolvida através do trabalho de colheita de informação e avaliação das necessidades de saúde individuais e grupais.

A experiência de cuidar, em contexto de psiquiatria, exigiu que desenvolvesse competências de avaliação, que me permitissem responder às necessidades dos utentes e prestar cuidados individualizados. Na recolha de informação e avaliação de necessidades de saúde mental as competências comunicacionais e de observação, foram aquelas que mais desenvolvi neste processo.

A experiência de realizar atividades de grupo, em contexto de internamento, foi muito importante no desenvolvimento desta competência, uma vez que me permitiu realizar uma avaliação cuidada e atenta das necessidades daquele grupo particular, mobilizando competências de recolha de informação e apreciação clínica.

A terceira competência preconizada pela OE (2010, p.5) “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” diz respeito ao processo de sistematização, análise dos dados colhidos e formulação do diagnóstico de enfermagem, algo bastante complexo, especialmente para alguém que não tinha experiência anterior em contexto de psiquiatria.

Considero que esta competência foi sendo desenvolvida ao longo de todo o ensino clínico, mas destaco em particular quando cuidei de um utente durante o seu internamento, o que exigiu um trabalho complexo de estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, planeamento e negociação da intervenção e identificação dos resultados esperados.

A quarta competência: “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010 p.7) está relacionada com a implementação de intervenções que ajudem o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja, mobilizando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

O desenvolvimento desta competência foi sendo trabalhado à medida que fui sendo capaz de implementar intervenções de enfermagem, para responder às diferentes necessidades de saúde dos utentes.

A experiência de dinamizar atividades de grupo, em contexto de internamento, foi muito importante, pois mobilizei técnicas que havia aprendido e tive oportunidade de vivenciar também as dificuldades e desafios inerentes a estas.

Foi também muito relevante a experiência de cuidar de um utente ao longo do seu internamento, pois do ponto de vista da minha aprendizagem, possibilitou-me a experiência de utilizar técnicas de psicoterapêuticas, no contexto da relação dual.

Neste caminho de aprendizagem e crescimento profissional, o desenvolvimento de competências relacionais foi algo ao qual dediquei particular cuidado e foi onnipresente neste processo. As competências comunicacionais, as atitudes terapêuticas, a reflexão e o pensamento crítico foram áreas bastante desenvolvidas. Ampliei ainda a minha compreensão sobre o desenvolvimento da relação terapêutica e mergulhei, de uma forma profunda no meu auto-conhecimento.

Para encerrar, desenvolvi ainda uma outra competência pessoal, importante também no campo das relações, a resiliência, a capacidade de crescer e transformar-me perante circunstâncias adversas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso académico constituiu um grande desafio pessoal e profissional para mim. Do ponto de vista profissional foi a descoberta de uma área de cuidados com a qual nunca havia contactado, o que exigiu de mim uma grande dose de trabalho e dedicação. No que diz respeito à dimensão pessoal, a vivência intensa do confronto com algumas questões pessoais profundas, apesar de dolorosa foi essencial e uma das partes mais significativas deste caminho. Explorar a temática da relação terapêutica foi um privilégio, por ter sido uma oportunidade de crescimento e descoberta de mim mesma.

Aproximando-me da reta final deste processo de aprendizagem, posso afirmar, com segurança, que os objetivos que tracei inicialmente para a minha jornada foram cumpridos. Assim, ao longo deste relatório apresentei as atividades que desenvolvi nos ensinamentos clínicos, que constituíram importantes aprendizagens, no desenvolvimento das competências, necessárias à aquisição do título de EESMP, definidas pela OE. Destaco a primeira competência como aquela que foi mais desenvolvida: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”, o que se encontra bem patente ao longo de todo o trabalho pela implicação pessoal que a temática da relação terapêutica me exigiu.

Reconheço apesar de tudo algumas fragilidades do meu percurso e deste relatório. Assim, compreendi que a temática da relação terapêutica é bastante complexa e que talvez pudesse ser facilitador para abordar um tema como este, se eu detivesse *à priori* um maior conhecimento e *à-vontade* na área de cuidados de saúde mental e psiquiatria.

Se pudesse repetir este caminho, estou segura que faria algumas modificações, por exemplo na forma como procurei apresentar e refletir sobre o desenvolvimento da relação terapêutica através do estudo de caso, se o fizesse novamente hoje, utilizaria as análises de interação em todos os encontros com o utente, por ser um método mais objetivo que a minha narrativa.

Também no que se refere ao ensino clínico em contexto comunitário, tal como descrevi no capítulo referente, existiram algumas contingências internas e externas que não me permitiram desenvolver a minha aprendizagem como desejava.

Apesar de me ter deparado com algumas dificuldades e percalços e de não raras vezes me ter sentido perdida, frustrada, triste, desmotivada, apresento-o hoje, com a segurança de que fiz um bom trabalho, com as circunstâncias, nem sempre favoráveis, com que me deparei. Sobretudo, que este trabalho reflete, com toda a certeza, os valores humanísticos da enfermagem de saúde mental e espelha também a minha essência enquanto enfermeira e enquanto pessoa.

Numa cultura na qual é sobretudo valorizada a ação, a rapidez, a eficiência, a tecnologia, a técnica, a objetividade, propor-me explorar uma temática como a relação terapêutica é algo que exige coragem e alguma dose de ousadia, pois no sentido de contra corrente requer uma atitude presente, reflexiva, calma, sensível, de valorização da subjetividade (minha e do outro!), dos sentimentos e emoções e sobretudo de uma certa dose de segurança interna, que permita abraçar o desconhecido e o imprevisível.

Após vários meses a estudar, trabalhar, refletir, escrever sobre a importância da relação na prática de cuidados, em particular em saúde mental e psiquiatria, reitero hoje o mesmo pressuposto que me fez abraçar este projeto académico: o valor terapêutico da relação que se estabelece entre enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados.

É no seio da relação entre cada enfermeiro e utente que a enfermagem pode cumprir a sua função enquanto processo terapêutico e interpessoal, força maturativa que promove o desenvolvimento da personalidade na direção de uma vida mais criativa, construtiva e produtiva a nível individual e comunitário (Peplau, 1988).

No final deste caminho, devo confessar que a minha alma de caminhante aventureira e ávida de sabedoria, está longe de estar satisfeita com o que viveu nesta “curta” viagem. Assim, este relatório é o passo derradeiro deste percurso académico, mas simultaneamente, é o meu primeiro passo numa nova aventura profissional, enquanto Enfermeira Especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. E neste novo desafio, com certeza repleto de oportunidades de crescimento e

aprendizagem, o meu grande compromisso é Cuidar do outro, oferecendo-lhe o que tenho de melhor, as minhas qualidades humanas e o meu conhecimento sobre a nobre arte humana de cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida J. & Xavier M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Almeida V., Lopes M. & Damasceno M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 39(2):202-210.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders – DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Benziman G., Kannai R. & Ahmad A (2012). The Wounded Healer as Cultural Archetype. *Comparative Literature and Culture*. 14 (1), 2-9.

Camillo S. & Maiorino F. (2012). A importância da escuta no cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 17(3), 549-55.

Chalifour J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1). Loures: Lusodidacta.

Delaney K., Johnson M.(2006). Keeping the Unit Safe: Mapping Psychiatric Nursing Skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 13(1), 198-207;

De-Marco Sinatra J. (2000) Relaxation Training as a Holistic Nursing Intervention. *Holistic Nursing Practice*. 14(3):30–39;

Denninger J. *et al* (2014). The Effectiveness of a Community-Based Mind Body Group Intervention for Depression & Anxiety: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 20 (5).

Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental - Orientações Programáticas*. Direção Geral da Saúde.

Dziopa F.& Ahern K. (2008). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: a review of the research literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. Vol.10, numb.1.

Eckorth-Butcher, M. (2010). Self awareness: a review and analysis of a basic nursing concept. *Advances in Nursing Science*. 33 (4), 297-309;

Feely M. & Long A. (2009). Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16, 725-737;

Ferreira F., & Florido P. (2011). Situações de agitação e violência: a realidade numa unidade de adultos. *Revista de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. Vol. 9 Nº1.

Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. 4ª Edição. PortoAlegre: ARTMED EDITORA;

Gusmão R., Xavier M., Heitor M., Bento A. & Caldas de Almeida J. (2005). O peso das perturbações depressivas – aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 15, 129-146.

Hartrick G. (1997). Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 523-528.

Hedelin B. & Jonsson I. (2003). Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10, 317-322.

Hem M. & Heggen K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*. 43(1), 101-108;

Jonsdottir H., Litchfield M. & Pharris M. (2004). The relational core of nursing practice as partnership. *Journal of Advanced Nursing*. 47 (3), 241-250.

Kadner K. (1994). Therapeutic intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 215-218.

Kirk T. (2007). Beyond empathy: clinical intimacy in nursing practice. *Nursing Philosophy*. 8, 233-243;

Lourenço C. *et al* (2011). Confiança versus Desconfiança na Relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um conceito em construção no CHPL-HPV. *Pensar Enfermagem*. vol.15 nº2 3-13.

Mccan T. & Baker H. (2001). Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing*. 34 (4), 530-537;

McEvoy L. & Duffy A. (2008). Holistic Practice - A concept analysis. *Nurse education in practice*. 8(6):412-419.

Melo A., Leite E. & Moreira V. (2015). Fenomenologia do corpo vivido na depressão. *Estudos de Psicologia*. 20(4), 217-228.

Mesquita A., Carvalho E. (2014). A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Revista Escola Enfermagem USP*. 48(6): 1127-36.

Miles M. & Morse J. (1995). Using the concepts of transference and countertransference in the consultation process. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 1(2), 42-4.

Moorhead S., Johnson M., Maas M. & Swanson E. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. São Paulo: ARTMED EDITORA SA.

Mosby's Medical Dictionary (2013). (9ª edição). St. Louis, Missouri, USA: Elsevier.

Moyle W. (2003). Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*. 12,103-109.

NANDA (2008). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2007-2008*. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2008). *The Global Burden of disease*. Switzerland: World Health Organization.

O' Kelly G. (1998). Countertransference in the nurse-patient relationship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 28(2), 391-397.

Oliveira S. *et al* (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65 (1). 155-61.

Payne R. (2003) *Técnicas de Relaxamento- Um guia para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.

Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: PALGRAVE MACMILLANE.

Pontes A., Leitão I. & Ramos I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem* 61(3): 312-8;

Portaria n.º 306-A (2011) Ministérios da Saúde e das Finanças. *Diário da República*, 1.ª série N.º 242 (20/12/2011).5348-(2).

Rasheed S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*. Vol.8, 211-216.

Ravelin, T., Kylma, J., & Korhonen, T. (2006). Dance in Mental Health Nursing: A Hybrid Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*. pp. 307-317;

Reis T. (1990). The role of intimacy in interpersonal relations. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 9, 15-30;

Richards S. & Perri M. (2002). *Depression: a primer for practitioners*. SAGE Publications.

Rogers C. (2010). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Schout G., Jong G., Zeelen J. (2009). Establishing contact and gaining trust: na exploratory study of care avoidance. *Journal of advanced nursing*. 66 (2): 324-333;

Spadini L. & Souza M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 10(1): 132-138.

Walsh K. (1999). Shared humanity and the psychiatric nurse-patient encounter. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 8, 2-8;

Wash K. (1997). Encounters, endings and temporality in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 25, 485-491.

Williams A. (2001). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (5), 660-667.

Williams A. & Irurita V. (2004). Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 806-815

Wright N. (2012). The Dilemma of the Wounded Healer. *American Psychological Association*. 49 (4) 482-491.

APÊNDICES

Apêndice 1

Atividade de grupo de movimento e dança “Sentimento em movimento”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM PÓS-ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Atividade de grupo de movimento e dança

“Sentimento em movimento”

Discente: Vera Antunes nº 1098

Orientação: Professora Ana Melo

Lisboa, 2016

Sentimento em movimento

Sessão de movimento e dança

1.Enquadramento teórico

Desde o início da humanidade que as danças rituais procuraram ser uma ligação entre o indivíduo e o seu universo místico, bem como uma forma de exteriorização da sua atividade psíquica: dos seus receios, angústias, desejos, alegrias e tristezas (Sousa, 2005).

A dança é um recurso do ser humano, aprendido através da cultura, sendo criativa e única, mas também um fenómeno universal. Ela implica movimentos, passos, expressão corporal, sentimentos, histórias e interação corporal consigo e com os outros.

A utilização da dança, enquanto intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria é baseada numa perspetiva do ser humano, enquanto ser uno (mente-corpo-espírito), que possui a capacidade de se expressar através do movimento na dança (Ravelin, Kylma, & Korhonen, 2006).

A doença mental implica, muitas vezes, dificuldades na expressão e comunicação com os outros, assim são particularmente importantes as intervenções de enfermagem que ajudem o paciente a conectar-se com as outras pessoas. Como exemplo, em algumas situações a pessoa pode ter dificuldade em expressar algo verbalmente, podendo ser mais fácil a expressão não-verbal, através da dança (Ravelin, Kylma, & Korhonen, 2006).

Em enfermagem de saúde mental a dança permite a união entre o mental, o físico, o social e o espiritual. O recurso à dança, enquanto intervenção holística em enfermagem poderá promover experiências de bem-estar e prazer, o auto-conhecimento e aceitação, bem como promover as interações sociais com os outros (Ravelin, Kylma, & Korhonen, 2006).

Indo ao encontro de Sullivan, um importante referencial teórico na dançaterapia, a dança pretende trazer o indivíduo ao prazer funcional (tomada de

consciência corporal, permitindo a disponibilidade, mobilidade e fluidez do seu corpo); à unidade psicocorporal (unir o seu físico com o seu psíquico, conectando o movimento corporal com a emoção); à restauração do narcisismo e do amor próprio (facilitar um espaço onde o indivíduo se liberta, descobre um corpo que é seu e desenvolve um reconhecimento positivo de si); à separação do outro (pretendendo a autonomia do indivíduo); à simbolização corporal (simbolização de desejos e fantasmas através do corpo) e à sublimação (a procura de cada indivíduo da sua beleza interna) (Sousa, 2005).

Assim a dança, em enfermagem de saúde mental, com pessoas com depressão major, poderá ser um importante instrumento terapêutico, uma vez que as pessoas afetadas por esta perturbação apresentam diminuição da expressão emocional, humor deprimido, baixa-autoestima, baixa vitalidade, isolamento.

Strassel et al. (2011) numa revisão sistemática da literatura identificou vários benefícios da terapia pela dança: melhoria da qualidade de vida, melhoria da auto-estima, melhoria do humor, melhoria da percepção e consciência corporal, relaxamento, melhoria na mobilidade e agilidade, melhoria da capacidade funcional, aceitação da doença e aumento dos contactos sociais.

Mala, Karkou, Meekums (2012) referem como benefícios desta intervenção psicoterapêutica o aumento da auto-estima, o aumento do comportamento moral e vitalidade.

2. Metodologia

2.1. Obejctivos gerais da intervenção:

- Promover o bem-estar e a vivência de prazer através do movimento corporal;
- Proporcionar um espaço de expressão emocional através do movimento e dança;
- Promover as interações interpessoais entre os participantes;

2.2 Caracterização do grupo-alvo:

Utentes internados que apresentem diagnóstico de enfermagem de baixa auto-estima.

2.3 Planificação da Intervenção

De acordo com taxonomia NANDA foi identificado o diagnóstico de baixa-autoestima. Os resultados e indicadores de resultados foram construídos de acordo com a classificação dos resultados de enfermagem (NOC):

Diagnóstico (NANDA)	Relacionado com	Manifestado por	Resultado esperado	Indicadores de resultado
Baixa-autoestima- “avaliação/sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou suas próprias capacidades.” (NANDA, 2008)		Sentimentos de incapacidade para lidar com os desafios; Sentimentos de autodesvalorização; Expressões de desamparo.	Melhoria da auto-estima	Descrição positiva de si-mesmo; Manutenção do contacto visual; Manutenção de postura ereta.

2.4 Avaliação da Intervenção

Para realizar a avaliação da sessão será preenchido pelos participantes um inquérito de satisfação.

Serão também realizados registos, no final da sessão, sobre a forma de estar dos participantes e o que foi por eles partilhado.

Referências bibliográficas

Mala, A., Karkou, V., & Meekums, B. (2012). Dance/Movement therapy (DMT) for depression: A scoping Review. *The Art in Psychotherapy*, pp. 287-295.

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). Classificação do Resultados de Enfermagem (NOC). São Paulo: ARTMED EDITORA SA.

NANDA. (2008). Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed.

Ravelin, T., Kylma, J., & Korhonen, T. (2006). Dance in Mental Health Nursing: A Hybrid Concept Analysis. Issues in Mental Health Nursing, pp. 307-317;

Sousa, A. B. (2005). Psicoterapias Activas (arte-terapias). Lisboa: Livros Horizonte;

Strassel, J., Cherkin, D., Steuten, L., Sherman, K., & Vrijhoef, H. (2011). A Systematic Review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. Alternative therapies, pp. 50-59.

Plano de Atividade: “Sentimento em movimento”

Objetivo Geral: Promover o bem-estar e a vivência de prazer através do movimento corporal;
Proporcionar um espaço de expressão emocional através do movimento e dança;
Promover interações interpessoais entre os participantes;

Fase	Descrição	Tempo	Objetivos
Aquecimento inespecífico	Apresentação Deambular pela sala; Cumprimento entre os participantes;	5'	Apresentar a atividade e participantes; Direcionar os participantes para o “aqui e agora”;
Aquecimento específico	Exercícios de respiração; Alongamentos;	5'	Aquecer o corpo para os exercícios; Estimular a consciência corporal; Promover o cuidado/respeito pelo corpo;
Ação	Em círculo um elemento inicia um movimento, ao ritmo da música até tocar em outro elemento, que por sua vez inicia outro movimento; Em pares, dançam em espelho (a copiar os movimentos do outro), ao ritmo da música; Individualmente, cada elemento imagina que é um objeto leve, que pode ser levado pelo vento, ou pela água e dança/movimenta-se ao ritmo da música; Relaxamento com música;	20'	Estimular a interação grupal; Estimular o prazer através do movimento, na relação dual; Estimular a criatividade e expressão emocional através do movimento; Relaxar corpo e mente
Finalização/ Partilha	Partilha; Preenchimento do questionário de satisfação;	15'	Expressar sentimentos;

Material: colchões, computador portátil e colunas;

Avaliação da atividade

A atividade “Sentimento em movimento” decorreu no ginásio, após o jantar dos utentes entre as 20h00 e as 20h45.

O plano da atividade foi cumprido e a atividade teve a duração prevista.

Na atividade participaram seis utentes:

- A- 59 anos, Homem
- B- 49 anos, Homem
- C- 50 anos, Mulher
- D- 45 anos, Homem
- E- 42 anos, Mulher
- F- 39 anos Mulher

Os utentes que participaram na atividade foram selecionados, de acordo com o critério de diagnóstico de enfermagem de baixa auto-estima.

Cada um foi convidado individualmente a participar na atividade, tendo sido explicado sumariamente o que iria acontecer e todos concordaram em participar.

O exercício de aquecimento inespecífico abriu a atividade, foram feitas apresentações e cada um disse o seu nome. O primeiro exercício consistia em deambular pelo ginásio, remetendo os utentes para o aqui-e-agora.

De seguida foram feitos vários cumprimentos entre os participantes, utilizando diferentes formas para se saudarem entre si: com o olhar, acenar a cabeça, com um sorriso, com um aperto de mão, com um Olá...

No início do aquecimento inespecífico os participantes pareciam um pouco perdidos, olhando uns para os outros de forma interrogativa. Os seus corpos encontravam-se tensos, procuravam estar mais perto uns dos outros e ir observando o que cada um fazia.

À medida que se foram cumprimentando entre si, foram ficando mais sorridentes, mais descontraídos, utilizando mais o espaço disponível do ginásio, criando maiores espaços entre si.

O aquecimento específico consistiu em exercícios de respiração profunda e consciencialização corporal e exercícios de alongamentos, ao som de música tranquila, com os participantes dispostos em círculo.

Neste exercício os utentes olhavam para mim de forma muito atenta e realizaram os movimentos que eu ia sugerindo.

Eu sentia-me um pouco ansiosa, pois era a primeira vez que estava a dinamizar uma atividade desta natureza. E penso que neste exercício de aquecimento não consegui transmitir a calma e tranquilidade que pretendia e que tinha planeado.

No final dos exercícios de alongamentos um dos participantes, o participante D, mostrou-se aborrecido e referiu que estava cansado e entediado e que não queria fazer mais a atividade, que queria só ouvir música.

Num primeiro momento procurei negociar com ele, e explicar-lhe que íamos realizar exercícios mais dinâmicos e divertidos. Contudo manteve a mesma atitude de recusa a participar e então sugeri-lhe que se sentasse e decidisse se queria continuar a realizar a atividade.

Após alguns segundos de interrupção, iniciei então o primeiro exercício da ação. Com os participantes dispostos em círculo, um dos elementos iniciou um movimento, ao ritmo da música, até tocar em outro elemento, e assim sucessivamente.

Fui eu quem iniciou o primeiro movimento, para exemplificar. A música mais enérgica levou os participantes a esboçar sorrisos e a mexer o corpo ao ritmo da música.

No início do exercício os participantes estavam mais contidos e realizavam movimentos mais subtis e suaves, mas à medida que o exercício avançou foram fazendo movimentos maiores e mais originais.

A participante C, mostrou alguma dificuldade em dançar, neste exercício, optando por caminhar.

O participante A e B mostraram-se sorridentes e divertidos.

Enquanto os participantes iam realizando este exercício dirigi-me ao utente que se tinha sentado e procurei mais uma vez negociar com ele. Manteve a mesma recusa em participar na atividade, pelo que foi convidado pela minha orientadora a sair do ginásio.

Apesar desta situação me ter deixado um pouco ansiosa, num primeiro momento não tive oportunidade para digerir o que tinha acontecido, pois a atividade estava a decorrer e exigia a minha presença e atenção.

De seguida realizou-se o exercício de dança a pares. Os pares formaram-se de forma aleatória.

Contudo o facto de um dos utentes ter saído da atividade deixou um número ímpar de participantes, pelo que neste exercício para colmatar isso, eu participei, formando par com um dos utentes.

Neste exercício foi proposto que os pares dançassem em espelho imitando-se mutuamente. Dancei com a participante C, que se mostrou sorridente e divertida no exercício enquanto me imitava. Quando fui eu a imitá-la mostrou alguma dificuldade a ser ela a iniciar os movimentos.

No exercício, estive menos atenta aos restantes participantes, apesar de os ir observando pontualmente. De forma global todos os participantes estavam bastante descontraídos e a música alegre e com ritmo mexido provocou movimentos mais enérgicos e muitos sorrisos. Este exercício procurou precisamente estimular o prazer e o bem-estar, na dinâmica a dois.

Após este exercício mais enérgico, realizou-se um exercício mais calmo, de dança e movimento livre ao som de uma música com um ritmo mais tranquilo e fluido. A sugestão que dei foi que cada um imaginasse ser objeto leve, que pode ser levado pelo vento, ou pela água e que se movesse livremente, com o intuito de estimular a criatividade e a expressão emocional através do movimento

O participante A, fechou os olhos e moveu-se de forma leve e descontraída, ao ritmo da música, mantinha um discreto sorriso no rosto e parecia estar a usufruir daquele momento.

O participante B, teve alguma dificuldade neste exercício, parecia um pouco perdido, observando os restantes participantes e deambulando no espaço.

A participante C moveu-se ao ritmo da música, de forma leve, com os olhos abertos, sorrindo para quem se cruzava com ela.

A participante E movimentou-se pelo espaço, de forma lenta, cabisbaixa, introspetiva.

A participante F fechou os olhos, movimentando-se com pequenos movimentos.

Para finalizar o exercício de relaxamento, pedi aos participantes que se deitassem nos colchões (que preparei previamente) e relaxassem ao som de uma musica muito calma e tranquila, induzindo-os a um estado de relaxamento com algumas frases curtas, com um tom calmo.

O participante B, teve dificuldade em relaxar, permanecendo de olhos abertos.

Os restantes participantes fecharam os olhos, numa postura corporal relaxada e com uma respiração tranquila.

Alguns segundos após terminar a música, pedi que se sentassem nos colchões e que partilhassem um pouco do que sentiram durante a atividade.

Os participantes apresentavam uma postura descontraída, e uma respiração calma.

Da partilha realizada pelos utentes, de uma forma global destaca-se a verbalização de sentimentos de leveza e calma. Os participantes A, B, C e F referiram sensações de bem-estar consigo mesmo e com os outros elementos do grupo. Foi unânime para os seis membros do grupo que gostariam de realizar mais atividades que incluíssem movimento corporal e música com mais regularidade.

O relaxamento realizado no final da atividade foi um ponto apontado como positivo para três dos participantes (A,C,E e F). O participante B referiu que teve dificuldade no relaxamento pois a posição de deitado foi para ele desconfortável.

Apêndice 2

Atividade de grupo de relaxamento “Tranquila(mente)”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM PÓS-ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Atividade de grupo de relaxamento

“Tranquila(mente)”

Discente: Vera Antunes nº 1098

Orientação: Professora Ana Melo

Lisboa, 2016

1. Enquadramento teórico

Desde há muitos séculos, os praticantes das artes e ciências sagradas da cura desenvolveram a arte de parar, silenciar e acalmar: aquietando as suas mentes, corpos e espíritos e assim, acedendo ao descanso profundo. Desta forma, contactavam com a sua habilidade restauradora e abriam-se a si próprios e ao divino (Doosey B. & Keegan L., 2013).

O relaxamento é então uma arte, que possui raízes antigas. Esta, foi sendo transformada ao longo dos tempos, existindo atualmente diversas técnicas que permitem alcançar o estado de relaxamento e bem-estar, como por exemplo a meditação, o biofeedback, o treino autogénico, o relaxamento muscular progressivo, a musicoterapia, hipnose, entre outras.

O relaxamento pode ser definido, como um estado psicofisiológico caracterizado pela dominância do sistema parassimpático, envolvendo o sistema visceral e somático. Pode também ser definido como a experiência de calma, conforto, descanso profundo, conexão interna e renovação (Doosey B. & Keegan L., 2013). De acordo com DeMarco-Sinatra (2000) este é um processo que apresenta duas dimensões: uma física e outra mental, assistindo os indivíduos a acalmar os seus pensamentos e a relaxar os músculos, e manter esse estado o tempo necessário para diminuir a ansiedade, tensão e/ou dor.

O estado de relaxamento possibilita ao indivíduo a experiência de se focar no seu mundo interno; a alteração da percepção do tempo e espaço; o controlo do seu estado de consciência; e o acesso a um espaço sagrado e restaurador. Este estado pode ser usado para se afastar de um ambiente stressante, na resolução de problemas, ou para alcançar um momento de insight (DeMarco-Sinatra, 2000).

O relaxamento é uma competência aprendida com o potencial de reparar os efeitos nefastos do stress psicológico e físico e assim reequilibrar o corpo, mente e espírito. Vários teóricos defendem também que facilita a adaptação à mudança, através da conexão corpo-mente. Assim, as técnicas de relaxamento têm vindo a ser utilizadas para assistir os indivíduos nos desafios da vida. (DeMarco-Sinatra, 2000).

As técnicas de relaxamento têm-se mostrado eficazes no tratamento/gestão de vários problemas clínicos como insónia, cefaleias, asma, ansiedade e depressão. Estas técnicas têm sido implementadas com sucesso na preparação para o parto, no

alívio dos sintomas da menopausa e na diminuição da resposta imunitária em doenças reumáticas (DeMarco- Sinatra 2000).

De acordo com Dodd H. e Wellman N. (2000) no internamento em contexto psiquiátrico são comuns as manifestações de ansiedade e mal-estar por parte dos utentes. Desta forma, segundo estes autores as técnicas de relaxamento são eficazes na gestão da ansiedade, neste contexto.

Uma das técnicas de relaxamento mais utilizadas é o relaxamento muscular progressivo, que foi originalmente desenvolvida por Edmund Jacobson em 1934. Desde então, outras formas mais abreviadas, têm sido desenvolvidas por outros autores como Wolpe, Bernstein e Borkovec.

A técnica de relaxamento muscular progressivo consiste no trabalho sistemático, ao longo dos principais grupos musculares, criando e libertando a tensão (Payne R., 2003).

De acordo com Conrad A. & Roth W. (2007) esta técnica de relaxamento tem sido aplicada com eficácia no tratamento de ansiedade e stress, insónia e hipertensão.

2. Metodologia

2.1 Objetivos gerais da intervenção:

- Proporcionar um espaço de tranquilidade, bem-estar e relaxamento;
- Facilitar/ensinar técnicas de gestão da ansiedade;
- Promover o auto-cuidado;

2.2 Caracterização do grupo-alvo

Utentes internados, que apresentem como diagnóstico de enfermagem ansiedade, e que concordem em participar na atividade.

2.3 Planificação da Intervenção

De acordo com taxonomia NANDA foi identificado o diagnóstico de ansiedade, que se pode encontrar presente, em diferentes quadros clínicos. Os resultados e indicadores de resultados foram construídos de acordo com a classificação dos resultados de

enfermagem (NOC):

Diagnóstico (NANDA)	Relacionado com	Manifestado por	Resultado esperado	Indicadores de resultado
Ansiedade “Sensação vaga de desconforto ou ameaça, acompanhada de uma resposta autónoma (a fonte não costuma ser específica ou conhecida do indivíduo); sensação de apreensão causada pela antecipação de um perigo. Trata-se de um sinal de alerta que informa sobre perigo iminente e possibilita ao indivíduo tomar as medidas para lidar com a ameaça (Moorhead S., <i>et al</i> , 2010)		Agitação; Nervosismo; Contração muscular; Angústia; Preocupação;	Diminuição do nível de ansiedade; Autocontrolo da ansiedade;	Relaxamento muscular; Verbalização de sensações de tranquilidade e calma; Diminuição da agitação; Utilização das técnicas de relaxamento para diminuição da ansiedade;

3. Avaliação da sessão

Serão realizados registos, no final da sessão, sobre a forma de estar dos participantes e o que foi por eles partilhado.

Bibliografia

Conrad A. & Roth W. (2007) *Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?* Journal of Anxiety Disorders 21 (2007) 243–264;

De-Marco Sinatra J. (2000) *Relaxation Training as a Holistic Nursing Intervention*.

Holistic Nursing Practice. 14(3):30–39;

Dood H. & Wellman N. (2000) *Staff development, anxiety and relaxation techniques: a pilot study in an acute psychiatric patients*. Journal of Psychiatric and mental Health Nursing 7, 443-448;

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). Classificação do Resultados de Enfermagem (NOC). São Paulo: ARTMED EDITORA SA.

NANDA. (2008). Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed.

Payne R. (2003) Técnicas de Relaxamento- Um guia para profissionais de saúde. Loures: Lusociência.

Tranquila (mente) - Atividade de relaxamento

Objetivos Gerais: Proporcionar um espaço de tranquilidade, bem-estar e relaxamento;

Facilitar/ensinar técnicas de gestão da ansiedade;

Promover o auto-cuidado;

Fase	Descrição	Tempo	Objetivos
Aquecimento inespecífico	Apresentação; Deambular pela sala; Cumprimento entre os participantes;	10'	Apresentar a atividade; Orientar os participantes para o aqui-e-agora;
Aquecimento específico	Em círculo, alongamentos em grupo; Alongamentos a pares;	10'	Estimular consciência corporal; Promover o cuidado com o corpo; Estimular a consciência corporal na relação dual;
Ação	Execícios de respiração; Relaxamento progressivo de Jacobson;	20'	Desenvolver consciência corporal; Desenvolver a capacidade concentração; Relaxar o corpo e a mente: apaziguar a mente; relaxar o corpo(músculos); Proporcionar experiência de bem-estar;
Finalização/Partilha	Partilha;	10'	Expressar sentimentos, opiniões;

Material: colchões; cobertores; computador portátil e música

Avaliação da atividade

A atividade “Tranquila(mente)” decorreu no ginásio, após o jantar dos utentes entre as 19h50 e as 20h40.

O plano da atividade foi cumprido e a atividade teve a duração prevista.

Na atividade participaram sete utentes:

- A- 30 anos, Homem
- B- 48 anos, Mulher
- C- 58 anos, Mulher
- D- 19 anos, Homem
- E- 31 anos, Mulher
- F- 39 anos Mulher
- G- 57 anos Homem

Os utentes que participaram na atividade foram selecionados, de acordo com o critério de diagnóstico de enfermagem de ansiedade.

Cada um foi convidado individualmente a participar na atividade, tendo sido explicado sumariamente o que iria acontecer e todos concordaram em participar.

A atividade iniciou-se com o exercício de aquecimento inespecífico, foram feitas apresentações e cada um disse o seu nome. O primeiro exercício consistia em deambular pelo ginásio, remetendo os utentes para o aqui-e-agora. Enquanto deambulavam foi-lhes sendo sugerido que se cumprimentassem gradualmente: com o olhar, com um aceno, com um sorriso, com as mãos, com os pés...

À medida que o exercício foi evoluindo, de uma forma global, os participantes foram descontraindo gradualmente e mostrando-se sorridentes e interagindo uns com os outros.

No aquecimento específico foram realizados exercícios de alongamentos em grupo (em círculo) e exercícios de alongamentos a pares, com o intuito de estimular consciência corporal (individualmente e na relação dual) e promover o cuidado com o corpo.

Nos alongamentos em grupo, os participantes estavam concentrados e atentos e realizaram os exercícios sem dificuldade.

No exercício de alongamentos a pares, as duplas foram formadas aleatoriamente, ficando com a pessoa que estava ao seu lado. Alguns participantes (C e G) tiveram alguma dificuldade em realizar os exercícios de equilíbrio.

Houve uma boa interação entre todas as duplas, e foi notório entreajuda entre os participantes que tiveram dificuldades nos exercícios e os outros.

De seguida os utentes sentaram-se em círculo e realizaram exercícios de respiração, conduzidos por mim. Privilegiou-se a tomada de consciência da respiração profunda e abdominal, dos movimentos respiratórios e das sensações associadas a este tipo de respiração. Foi explicada a intencionalidade do exercício enquanto ferramenta que poderá ser utilizada em outros contextos.

Durante o exercício de respiração os participantes foram ficando mais relaxados, a maioria optou por fechar os olhos. Foi notório algumas mudanças na postura corporal: ombros mais descaídos, pernas descruzadas e mais abertas, em alguns participantes (B, C, D, E).

O participante A mostrou alguma inquietude, mudando de posição na cadeira e apresentando uma postura corporal um pouco tensa.

No exercício seguinte foi aplicada a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson adaptado.

Foi notório em seis dos participantes (B,C,D,E,F,G) que estes foram relaxando cada vez mais, ao longo do exercício. Todos optaram por fechar os olhos, abrindo-os por vezes para confirmar algumas das indicações. Apresentavam uma postura corporal relaxada e uma expressão facial tranquila.

O participante A mostrou-se inquieto, mudando de posição algumas vezes e por vezes abanava uma das pernas. Apesar de ir realizando as indicações sugeridas.

Para finalizar, foi disponibilizado um espaço de partilha livre.

Na partilha realizada pelos utentes foram verbalizadas sensações de leveza, calma e tranquilidade física e mental. Foi expresso pelos sete participantes que gostariam de realizar este tipo de atividade com mais regularidade, no internamento.

O participante D referiu alívio da sensação de ansiedade.

O participante A referiu dificuldade em relaxar durante a atividade, pois estava muito preocupado com a sua situação no emprego e com a possibilidade de ser despedido por ter sido internado.

Os participantes B e G referiram melhoria do sono na noite após a realização desta atividade.

Apêndice 3
Primeira Reflexão

O início do ensino clínico representou, para mim o início de uma viagem a um mundo desconhecido. Mundo esse que, se por um lado desejava muito conhecer e explorar, por outro me assustava.

No primeiro dia desta aventura, ao entrar pela porta trancada, questionei-me se estaria à altura daquele desafio. Se teria a coragem de olhar, olhos nos olhos, a tristeza e a dor. Se seria capaz de tolerar a zanga e a ira. Se conseguiria acolher o sofrimento do outro, nas suas múltiplas formas de expressão.

Confesso que, nestes primeiros dias, me senti um pouco perdida e insegura, à medida que ia penetrando num território, para mim, completamente novo. Ali tudo era diferente e ia vendo, ouvindo, cheirando, sentindo: os longos corredores brancos, o frio dos quartos, o barulho das portas a trancar e destrancar, o cheiro a fumo de cigarro, olhares baços, sem vida, a lentidão do tempo.

Aos poucos ia sentindo também como eram aquelas pessoas que habitavam aquele espaço. Homens e mulheres, de várias idades, pessoas comuns (para mim desconhecidas), como aquelas com quem me cruzo todos os dias na rua, no comboio, no supermercado... Fui me aproximando daquelas pessoas, trocámos olhares, sorrisos, breves palavras. Olhava alguns daqueles rostos perguntando-me quais seriam as suas histórias, o que trariam dentro de si aquelas pessoas. O medo ia perdendo espaço, a estranheza inicial ia-se dissipando, dando lugar à curiosidade.

Procurei então aproximar-me daquelas pessoas e conversar um pouco com algumas delas. Mas ironicamente, foi uma senhora com quem troquei apenas algumas palavras que me suscitou uma maior reflexão da minha parte.

Sentei-me ao lado de uma senhora idosa. Ela estava só, sentada num banco no corredor. Cabisbaixa, parecia perdida nos seus pensamentos. Quando me aproximei dela cumprimentei-a, ela educamente retribuiu. De seguida olhou-me com os seus olhos fundos, alguns segundos, em silêncio. Não pareceu esboçar qualquer emoção com a minha aproximação. Parecia desinteressada. Trocámos algumas palavras superficiais. Respondia-me com frases curtas, sem me olhar. Fiquei alguns segundos em silêncio, a fazer-lhe companhia. Mas ao fim de alguns instantes senti-

me um pouco frustrada e impotente, gostava de lhe chegar, mas não sabia como. Acabei por levantar-me e procurar outra pessoa com quem falar.

O desinteresse desta senhora pelas minhas tentativas de entrar em contacto com ela provocou-me alguma frustração e a sensação de que estaria perante uma barreira quase intransponível. Foi para mim difícil tolerar por um lado o sentimento de impotência, por outro a sensação de não ser capaz de captar a atenção daquela doente.

Apesar do nosso curto encontro, fiquei a pensar naquela senhora, na sua expressão cansada e absorta, de quem já nada espera da vida. Era como se, uma parte da sua alma tivesse já partido. Ao longo da minha vida como enfermeira, já tinha visto outros olhares como aquele, de pessoas que, por algum motivo, desistem de viver, ficando a contar as horas até que a morte as venha buscar.

Esta poderá ser uma das faces da depressão: o desistir da vida.

Mas de que forma posso eu ajudar alguém que desistiu de viver? De que forma posso chegar até alguém que não se interessa pelo mundo externo?

A primeira resposta, quase imediata, que se desenha na minha cabeça é a via relacional, tal como defendo no meu projeto. Mas como? É isso que me proponho ir pensando e descobrindo através destas experiências no ensino clínico.

Assim, pensando sobre a situação que descrevi talvez a minha simples presença, no silêncio pudesse transmitir muito. A forma de me aproximar desta senhora poderia ser precisamente através do silêncio, estando presente. Partilhar com alguém o seu silêncio é um profundo sinal de respeito.

Citando Chalifour (2008) p. 153 “O silêncio deixa subentender que a comunicação é um processo contínuo, que apenas cessará no instante que as pessoas se deixarem”.

De acordo com Candido M. & Furegato A. (2005) a melhor forma de estabelecer vínculos com a pessoa deprimida é “ (...) a presença frequente e interessada, sempre demonstrando apoio e compreensão, mesmo que fale pouco. A simples presença do profissional indica que ela é vista como uma pessoa de valor. É preciso ajustar-se ao

ritmo da pessoa deprimida, falando mais devagar e dando mais tempo para que ela responda. “

Talvez eu tenha uma certa ânsia/ ansiedade? em querer descobrir as pessoas através do que elas me vão contando sobre si mesmas. Mas será que não conhecemos as pessoas, também, (ou sobretudo) através do que elas não dizem? Apesar de não me ter contado muito sobre si, não fiquei eu a conhecer muito sobre o sentir daquela senhora, ao partilhar com ela aqueles minutos?

Perante alguém cuja expressão verbal está diminuída, talvez uma das vias seja precisamente recorrer à expressão não verbal para entrar em contacto com essa pessoa. A forma de estar, o olhar, o toque, o silêncio, podem dizer mais daquilo que sentimos que a própria palavra.

Bibliografia:

Chalifour J. (2007) A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (volume 1). Loures: Lusodidacta.

Candido M., Furegato A. (2005) Atenção da Enfermagem ao Portador de Transtorno Depressivo: Uma reflexão. *Revista eletrónica de saúde mental, alcool e drogas*. Vol 1, Nº2.

Apêndice 4
Segunda reflexão

Seguindo o meu percurso de aprendizagem, esta semana cruzei-me com a N., uma mulher de 30 anos, que está internada com o diagnóstico de depressão major. A minha interação com ela fez-me pensar sobre algumas questões.

Encontrei-a na sala de convívio, junto de outras doentes, apresentei-me e propus-lhe que fossemos as duas conversar para um local com mais privacidade, ao que ela assentiu rapidamente.

A N. é uma mulher com excesso de peso, de estatura média. Vestia um fato de treino do hospital, apresentando-se pouco cuidada. Pareceu-me agradável e sorriu quando a convidei a vir conversar comigo. Conduzi-a a um gabinete, que se encontrava disponível.

Sentámos-mos, e convidei-a a contar-me a sua história. Falava rápido e por vezes de forma um pouco confusa. Mostrava-se por um lado esperançosa no futuro e sorridente e com vontade de cumprir o tratamento, por outro triste, chorosa e culpada por estar doente e por não conseguir ultrapassar as próprias dificuldades. Encontrava-se também ansiosa.

Ao longo da entrevista fui-me dando conta que esta mulher apresentava fragilidades, mas também dispunha de potencialidades e recursos internos.

Falou-me sobre a sua vida e contou-me um pouco da sua história. Resumidamente, foi abandonada pela mãe biológica quando era ainda bebé. Acolhida por uma madrinha, que tinha uma casa de prostituição e que lhe dava abrigo, conforto e comida, mas não afeto, e foi com ela que viveu desde sempre.

O seu pai vivia com um amigo, a quem a N. chama de padrinho/avô. O pai da N. tinha uma relação distante com ela, contudo o seu padrinho tinha uma relação de carinho e cuidado com a N., indo visitá-la a casa da madrinha, levando-a a passear. Este homem agora idoso adoeceu com um síndrome demencial há três anos e encontra-se num lar.

Em 2008 a N. conheceu o homem que foi seu companheiro, e de quem tem uma filha de três anos. Refere que ele a maltratava física e psicologicamente e que a

relação era conflituosa, pelo que fez uma queixa de violência doméstica e na sequência deste processo, a bebé ficou à guarda do avô materno.

Há alguns meses tinha começado a sentir se progressivamente mais triste, desesperada, sem apetite, sem vontade de sair da cama. Refere ainda a ideia de que os vizinhos falam mal de si e lhe chamam nomes desagradáveis, e é então que uma amiga sua, com quem vive a leva às urgências.

Na narrativa da N. há a dor de um passado, que ela procura esquecer e a ansiedade em relação a um futuro, que ela deseja diferente, mas que teme ser (demasiado) difícil.

Este momento que partilhei com a N., foi o primeiro passo na construção da nossa relação. Um primeiro momento que me possibilitou por um lado conhecer um pouco a sua história e as suas dificuldades atuais, bem como apresentar-me e dar-me a conhecer, como uma profissional disponível para a ajudar.

Ao longo da entrevista, vários foram os pensamentos que fui tendo e os sentimentos que fui experimentando. Um dos sentimentos que esta mulher despertou em mim foi um desejo reparador. No fundo, a vontade de acolhê-la nas suas fragilidades e de a ajudar a fortalecer os seus recursos internos.

Sei que, de alguma forma, este desejo reparador e cuidador, marca as minhas escolhas profissionais: na escolha da minha profissão como enfermeira, há dez anos atrás e, mais recentemente, na escolha da área de especialidade.

Pensando um pouco sobre mim e sobre a minha história pessoal, conheço bem este sentimento. Tenho consciência do desejo de reparar/cuidar (ir reparando/cuidando) algo dentro de mim própria e através disso reparar/cuidar algumas figuras importantes na minha vida, que habitam o meu mundo interno.

Acredito que cada um de nós possui dentro de si próprio a capacidade de reparar as feridas que se vão fazendo neste trilha, por vezes espinhoso, que é a vida. Porém, por vezes, essa capacidade é por nós ignorada, ou está adormecida. Muitas vezes a dor dessas feridas é tão intensa que só a podemos suportar se tivermos um companheiro, com quem a partilhar.

Na minha perspetiva, o enfermeiro de saúde mental pode ser esse companheiro, que se propõe a escutar a dor e o sofrimento da pessoa, ativando e estimulando os seus recursos internos e proporcionando-lhe as melhores condições possíveis para que ela possa ir reparando/cuidando de si mesma.

Contudo, o que me vou interrogando é que técnicas utilizar para estimular na N. o acordar os seus recursos internos? Que técnicas podem contribuir para o seu desenvolvimento no sentido do crescimento e dessa forma, de uma melhor capacidade de cuidar de si mesma?

Necessito de tempo para explorar estas questões e lhes ir respondendo, à medida que as vou descobrindo neste percurso de aprendizagem, por isso, e por hoje, vou deixá-las em aberto...

Apêndice 5

Terceira reflexão

Entrei na sala de convívio do serviço, vários doentes encontravam-se a lanchar, sentados nos cadeirões, enquanto o som da televisão ia preenchendo os silêncios.

Olhei em redor e avistei, no fundo da sala a Sra. M., com quem eu queria conversar. Encontrava-se ao lado de um outro doente. Aproximei-me dela e perguntei se me podia sentar ao seu lado num cadeirão que estava vazio, ao que ele respondeu com um aceno de cabeça e um ténue sorriso.

O Sra. M. tem cerca de 40 anos. É uma mulher magra, de pele morena. Apesar do seu olhar baço, há qualquer coisa de acolhedor nela.

Nunca tinha falado com ela antes, mas queria aproximar-me e conhecê-la.

No início senti alguma dificuldade em iniciar a conversa, pois não a conhecia não tinha nenhum assunto em particular para abordar, assim fui-lhe fazendo algumas questões do dia-a-dia, sobre como se sentia, como tinha sido a hora das visitas, que me permitiram ir-me aproximando dela, mostrando-lhe que estava disponível e interessada no que ela tinha a dizer-me.

As primeiras questões que lhe fui fazendo, ela ia-me respondendo com frases curtas. Mas à medida que fomos conversando foi progressivamente falando mais e foi-me contando pequenas coisas sobre si.

Durante a nossa conversa contou-me um pouco da sua história, e sobre o porquê de ali estar. Contou-me que havia perdido a vontade de viver, que durante semanas era incapaz de sair da cama, de ir trabalhar, de se alimentar... Não era a primeira vez que se sentia assim e há alguns anos atrás, num ato de desespero, tentou pôr fim à sua vida, ingerindo comprimidos que tinha em casa.

Ao reviver este episódio baixou os olhos, evitando o meu olhar e o seu tom de voz ficou mais lento e pesado. Parecia embaraçada.

Com medo desse abismo, que a espreitava de novo, pediu para ser internada, num sincero pedido de ajuda.

À medida que a ia escutando ia também imaginando como seria a vida daquela mulher, que diariamente se confronta com o desespero e uma dor tão grande...

Também eu sei o que é sentir tristeza, desesperança, desamparo. Sei o que é ter vontade de dormir e não acordar mais. Haverá algum ser humano no mundo que não saiba?

Agora ao revisitar esses meus sentimentos, é inevitável pensar as minhas perdas pessoais, e no quão dolorosas foram.

Durante algum tempo procurei “varrer” esses sentimentos do meu mundo interno, temendo que se me permitisse vivê-los, pudesse perder a minha energia vital. Só mais recentemente me permiti entrar em contacto com a minha dor.

Ao pensar sobre isso compreendo como é importante, aceitar e reconhecer as nossas experiências emocionais, para que possamos compreender e aceitar a dor do outro. Como pode um profissional acolher e tolerar a dor do outro, se não é capaz de acolher e tolerar a sua própria dor?

Tal como afirma Rogers (1970) a capacidade para estabelecer relações que facilitem o crescimento no outro pode ser medida pelo desenvolvimento que o próprio profissional atingiu. Assim, quem deseja estabelecer relações de ajuda tem a tarefa de desenvolver as suas potencialidades na direção da maturidade.

Parece-me que quando o Sra M. expressou a forma como se sentia eu fui capaz de empatizar, com a sua dor. Tal como refere Chalifour J. (2007) a compreensão empática diz respeito à capacidade de estar em contacto com o que a pessoa vive, isto é, a capacidade de se colocar no lugar do outro e comunicar-lhe isso. Este autor diz-nos ainda que uma das principais expectativas do cliente é ser compreendido, não só do ponto de vista do conteúdo comunicado, mas também do reconhecimento daquilo que ressentido e vive.

De acordo ainda com Chalifour J. (2007) algumas das condições que favorecem a expressão da empatia no profissional é o seu desejo de conhecer, compreender e acolher o outro tal como ele é e o interesse pelo que vive o outro.

Bibliografia

Chalifour J. (2007) A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (volume 1). Loures: Lusodidacta.

Rogers, C. R. (1970) Tornar-se Pessoa, Lisboa: Moraes editores.

Apêndice 6
Estudo de caso



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM PÓS-ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estudo de caso

Cuidar de um utente - Construir uma relação

Discente: Vera Antunes nº 1098

Orientação: Professora Ana Melo

ESTUDO DE CASO

Identificação

O Sr. C. é um homem de cerca de 60 anos, natural de Lisboa, cidade onde mora desde que nasceu.

Tem duas irmãs mais novas que ele, casadas e com filhos (tem três sobrinhos). A sua mãe e o seu pai já faleceram.

É solteiro, e vive sozinho num apartamento, num bairro da cidade de Lisboa. Tem uma companheira, há mais de vinte anos, que reside fora de Lisboa, com quem está aos fins de semana.

É professor, encontrando-se neste momento de baixa.

Percurso de vida

O Sr. C. nasceu na década de 50, em Lisboa. Foi o primeiro filho do casal, tendo mais duas irmãs com oito e dez anos de diferença de si.

A sua mãe ocupava-se a cuidar da casa e dos filhos. O Sr. C. descreve-a como reservada, mas afetuosa. O seu pai era militar e é descrito, por ele, como sendo um homem rígido. Relembra que a relação conjugal dos pais era muito conflituosa e que havia constantemente discussões em sua casa.

Da infância recorda que brincava muito na rua, com os vizinhos do bairro onde morava, e que era uma criança *“traquina, mas bem-comportada”*. Descreve a sua infância como normal e feliz.

Na adolescência descreve-se como um muito jovem rebelde e idealista, muito ávido de conhecimento e de novas experiências. Refere que muitas vezes por isso *“chocava”* que o seu pai, com uma visão mais conservadora e austera da vida.

Após terminar o ensino secundário inscreveu-se na faculdade de letras da Universidade de Lisboa no curso de história. Esses anos foram para ele os melhores da sua vida. Tinha uma vida social bastante preenchida e viva, descreve-se como boémio e apreciador dos prazeres da vida. Nessa altura tinha muitos amigos e

participava ativamente em várias atividades intelectuais da cidade: “nessa *altura eu acreditava que podíamos mudar o mundo*”.

O 25 de Abril de 1975 aconteceu quando era um jovem adulto e foi um marco importante para a sua vida. Descreve esses tempos como de euforia e de excessos. Foi nesta época que saiu de casa e foi viver sozinho.

Quando terminou a licenciatura começou a dar aulas numa escola de Lisboa. Gostava muito de lecionar “*era muito gratificante a relação com os alunos, o ensino*”.

Quando tinha cerca de trinta anos conheceu a atual companheira através de amigos em comum. Nunca se casou, pois como conta “*na altura em que começámos a namorar eu era ideologicamente contra a ideia do casamento*”. Neste momento ela trabalha em Tomar, onde é professora universitária e estão juntos aos fins de semana.

História de doença/saúde

Até cerca dos 40 anos não teve problemas de saúde relevantes. Nessa altura foi-lhe diagnosticado um tumor benigno na cabeça do pâncreas e foi submetido a cirurgia. Após esta intervenção desenvolveu diabetes mellitus.

Segundo o Sr. C. nunca aceitou bem o fato de ser diabético “*nunca aceitei bem esta doença... isto da doença é sempre uma coisa muito injusta.*”” “*Queria ter uma vida normal... não queria ter restrições e limitações...*” “*eu sou um doente indisciplinado, mal-comportado, não cumpro o que me dizem...*”.

Durante alguns anos não teve qualquer cuidado na sua alimentação. Refere que um dos maiores prazeres que tinha era comer e que não queria abdicar disso. Diz que quando dava aulas era difícil controlar os níveis de glicémia, ficando muitas horas sem comer.

Em 1999, teve um episódio de hipoglicémia grave, ficando em coma diabético, com necessidade de internamento nos cuidados intensivos.

Em 2011 foi internado no serviço de cirurgia plástica na sequência de um fleimão no 4º dedo da mão direita, com abscesso, com necessidade de cirurgia. Altura em que inicia os sintomas depressivos.

História de doença atual

O Sr. C. situa o início da sintomatologia depressiva em 2011, após ter sido submetido a uma cirurgia ao 4º dedo da mão direita, por abscesso. Refere que nessa altura se sentia triste, desmotivado e que tinha dificuldade em dormir.

Associa esses sentimentos de desmotivação e tristeza à sua perda de interesse e de sentido para a sua profissão. Segundo o Sr. C. *“os alunos mudaram... os interesses dos miúdos de hoje em dia são outros” “sentia que já não conseguia chegar até eles”*.

Nessa altura começou a ser seguido em psiquiatria e esteve de baixa. Tentou retomar a sua prática profissional após um ano de baixa, mas encontrou muitas dificuldades em dar aulas, uma vez que se sentia fragilizado e lhe foram distribuídas turmas com alunos muito indisciplinados *“os alunos sentem quando uma pessoa está fragilizada e às vezes são maus”*. Depois desta experiência retomou a baixa. Em 2014 tentou reformar-se antecipadamente, por incapacidade, mas foi recusado o seu pedido.

Ao longo destes quatro anos refere que se foi isolando dos seus amigos e colegas *“sentia-me um inútil, tinha vergonha”* e foi perdendo o prazer nas atividades que antes apreciava como ir ao cinema e ao teatro, reunir-se com os amigos e passear. Segundo ele a única atividades que lhe proporciona prazer atualmente é ler.

Há um ano, em 2014, faleceu o seu pai, cuja saúde se foi deteriorando progressivamente, após um internamento hospitalar por enfarte agudo do miocárdio, tendo sido o Sr. C. quem cuidava dele. Dois meses depois, faleceu a sua mãe, por uma doença cardíaca.

Há três anos, em 2012, faleceu um amigo de infância que lhe era muito próximo e há cerca de três meses faleceu o seu melhor amigo.

Três semanas antes de ser internado refere agravamento dos sintomas, com anorexia, astenia e incapacidade de se auto-cuidar *“ não conseguia fazer as coisas mais simples, como tomar banho”*. Estes sintomas coincidiram também com a baixa

da sua empregada doméstica, quem cuidava, habitualmente, da sua alimentação e da limpeza da casa.

Foi levado ao serviço de urgência pela namorada e pelas irmãs a 18 de Outubro de 2015 pelo agravamento da sintomatologia depressiva e verbalização de desejo passivo de morte.

Avaliação inicial por Necessidades Humanas Básicas

Respiração e circulação

O Sr. C tem como antecedentes pessoais hipertensão arterial, tomando diariamente terapêutica anti hipertensora. Apresentava-se normotenso (139/86) e normocárdico (Fc 65 bpm). A nível respiratório apresentava-se eupneico, com respiração toraco-abdominal.

Teve hábitos tabágicos durante muitos anos, tendo deixado de fumar há dez anos.

Manter a temperatura corporal

Na avaliação encontrava-se apirético. Pele e mucosas pálidas e ligeiramente desidratadas. A pele apresenta-se íntegra.

Comer e beber

O Sr. C. tem diabetes mellitus há 18 anos, apesar disso refere que não tem quaisquer cuidados com a sua alimentação: *“como o que me apetece, quando me apetece”*, neste momento quem confeciona a sua alimentação é a sua empregada doméstica.

O Sr. C. desenvolveu diabetes mellitus há 18 anos, no seguimento de uma cirurgia a um tumor benigno da cabeça do pâncreas. Refere que nunca aceitou esta situação e por esse motivo durante muitos anos não cumpriu a terapêutica e as restrições alimentares, apesar de conhecer os princípios da alimentação que uma pessoa com diabetes mellitus deve seguir. *“Nunca aceitei bem esta doença... isto da*

doença é sempre uma coisa muito injusta.” “Queria ter uma vida normal... não queria ter restrições e limitações...” “ eu sou um doente indisciplinado, mal-comportado, não cumprio o que me dizem...”. Sentia-se e sente-se ainda injustiçado pelo peso da doença e queria ser livre, sem restrições na sua alimentação.

Descreve-se como alguém que retira muito prazer do ato de se alimentar e não se quer privar desse prazer.

Antes de ser internado refere que perdeu o apetite, alimentando-se em pouca quantidade. Isto também coincidiu com as férias da sua empregada, que é quem confeciona a sua comida.

Eliminação

Abdómen distendido, indolor à palpação, sem queixas. Não apresenta problemas de obstipação, refere que evacua em dias alternados. Padrão de eliminação vesical sem qualquer alteração.

Dormir e repousar

O Sr C. refere que antes de ser internado apresentava dificuldade em dormir, com insónia de manutenção, acordando a meio da noite e com dificuldade em voltar a adormecer. Refere ainda que mesmo quando dormia uma noite inteira despertava cansado e com a sensação que não tinha dormido o suficiente.

Refere que muitas vezes tem dificuldade em adormecer porque *“penso em muitas coisas, passam-me muitas coisas que não me deixam dormir”*.

Movimentar-se

Não apresenta alterações da mobilidade. Contudo refere que antes do internamento se sentia muito cansado: “não consegui fazer nada, nem sequer sair da cama”.

Vestir-se e despir-se

Durante o internamento veste roupa pessoal que as suas irmãs lhe trazem.

Comunicar

Não apresenta alterações da linguagem. Sem alterações da audição. Utiliza ortóteses oculares.

Higiene pessoal

O Sr. C. refere que nos últimos meses, durante a semana, descuidava a sua higiene pessoal, tendo mais cuidado ao fim de semana quando estava com a sua companheira.

Antes de ser internado refere que não se sentia capaz de cuidar de si mesmo: *“não consegui fazer nada mesmo, nem sequer sair da cama, nem tomar banho”*

Agir segundo as suas crenças e valores

O Sr. C. refere que não acredita em deus, nem na instituição da igreja católica, que segundo a sua opinião é corrupta e hipócrita.

Não acredita em qualquer poder ou entidade superior nem se identifica com a espiritualidade, não encontrando qualquer sentido para a vida: *“a vida é mesmo assim... não faz qualquer sentido. Estávamos todos condenados à morte e eu também espero a minha. Depois disso acabou tudo.”*

Ocupar-se com vista a realizar-se

O Sr. C. é professor, encontrando-se de baixa, atualmente.

Lecionar é algo que durante a sua vida sempre o satisfazia, pela relação que estabelecia com os alunos. Desde há quatro anos que diz sentir que os alunos são diferentes e já não é capaz de lhes chegar, sentindo-se incapaz e impotente para alterar essa situação, tendo perdido o sentido e o interesse na sua atividade profissional.

Recrear-se

O Sr. C. passa os seus dias em casa, raramente sai à rua, cada vez com menor frequência, segundo ele. Refere que a única atividade que faz, da qual retira algum prazer atualmente é ler.

Descreve que anteriormente gostava muito de se reunir com os amigos e tinha uma vida social preenchida. Contudo progressivamente foi-se afastando dos seus amigos, muitos deles professores, pois sentia-se inútil, preguiçoso.

Aprender

O Sr. C. mantém a sua capacidade cognitiva e intelectual para aprender intacta, contudo demonstra desinteresse e pouca vontade em realizar novas aprendizagens.

Segurança

Nega ideação suicida.

Sexualidade

Não explorada a temática da sexualidade com o utente.

Avaliação do estado mental

O Sr. C é um homem de meia-idade, aparentando ser mais novo do que a sua idade real. Apresenta-se pálido. O seu aspeto é cuidado. Apresenta ligeira lentificação. Durante a entrevista manteve uma atitude colaborante, apesar de reservado, a sua atenção é captável e fixável. Inicialmente mostrando algum desinteresse na entrevista, mas que foi progressivamente aumentando.

Apresenta humor deprimido, com reatividade emocional diminuída.

O seu discurso foi espontâneo e com ligeiro aumento do tempo de latência. Sem alterações da linguagem.

Não apresentou alterações da forma, do conteúdo e percepção do pensamento.

Apresenta-se orientado no tempo, espaço e pessoa (auto e alo psiquicamente).

Apresenta insight para a sua situação de doença e reconhece a necessidade de internamento.

Internamento - Encontros com o utente

1º Encontro (2º dia de internamento)

O meu primeiro contacto com o Sr. C. aconteceu dois dias após ele ter dado entrada no serviço. Encontrava-se num canto da sala de convívio, só, num sofá a ler o jornal.

Perguntei se podia sentar-me ao seu lado, num sofá vazio, ao que me respondeu que sim, num tom neutro. Sentei-me e observei o seu semblante sério, compenetrado, com uns óculos pesados, que acentuavam o seu ar preocupado. Contudo a sua aparência era de alguém mais novo, do que a idade que realmente tinha.

Apresentei-me. Perguntei-lhe como estava e assim iniciámos a nossa conversa, que durou cerca de uma hora. Pedi-lhe que me contasse a sua história.

Partilhou comigo sobre como se sentia há já quatro anos: cansado e sem energia para realizar qualquer tarefa. De como não disponha de vontade de trabalhar; como se sentia incapaz de ir às compras, ou sair à rua e às vezes até mesmo sair da cama.

Contou-me que, para si, a vida deixara de fazer sentido e o que queria, a maior parte dos seus dias, era dormir e esperar que “o seu tempo” chegasse. Mostrava também uma certa estranheza, em relação à forma como se sentia, dizendo que não compreendia porque se sentia daquela forma. Disse ainda que não via saída para a sua situação e que não esperava que nada mudasse.

Ao falar-me destes seus sentimentos o seu olhar vagueava perdido, mas os olhos estavam humedecidos e ia apertando as mãos. Fazia-o num tom baixo, voz triste, mas resignado. Contudo, à medida que o Sr. C. foi tendo espaço para expressar os seus sentimentos, o seu rosto foi ficando menos sério, e o seu corpo mais descontraído.

Neste primeiro encontro com o Sr. C., à medida que ele ia partilhando a sua vivência, eu ia imaginando como seria viver assim. Senti-me tocada pelo seu sofrimento e algures senti um ímpeto para ajudá-lo.

Senti também curiosidade pelo seu mundo interno, que eu queria conhecer mais. Escutei-o com atenção e respeito e, quanto mais me mostrava disponível, genuinamente interessada e acolhedora, mais ele me ia revelando sobre o seu sentir, e a sua experiência de sofrimento.

2º Encontro (5º dia de internamento)

Três dias após o nosso primeiro contato voltei ao serviço. Entrei na sala de convívio, e o Sr. C. encontrava-se só e no mesmo sítio, a ler o jornal. Aproximei-me e ao ver-me o Sr. C. levantou os olhos do jornal, cumprimentando-me com um sorriso. Sentei-me ao seu lado e iniciámos a nossa conversa.

Comecei por lhe dizer que, durante o seu internamento eu ficaria responsável por cuidar dele e que, como tal lhe propunha que durante esse tempo trabalhássemos juntos, ou seja, falássemos um pouco e explorássemos algumas questões que me pareciam ser importantes no seu processo de recuperação. Acrescentando ainda que, se ele estivesse de acordo, eu realizaria um trabalho académico a partir do nosso trabalho conjunto.

Ele concordou, com um seco “sim, pode ser” (SIC), e encolheu os ombros. Perguntou-me o que eu queria saber, acrescentando que não tinha nada de interessante para me contar.

Eu respondi que acreditava que tivesse coisas interessantes para contar e que gostaria que me falasse sobre a sua profissão e os seus interesses.

Falou-me com muito entusiasmo da sua profissão, os seus olhos brilhavam e o seu tom de voz ficou subitamente mais confiante. Era um homem que apreciava bastante as atividades intelectuais, gostava muito de ler, de aprender e de transmitir os seus conhecimentos. Dar aulas, era algo que durante a sua vida sempre o satisfazia, pela relação que estabelecia com os alunos. Mas desde há quatro anos que algo tinha mudado, sentia que os alunos de agora eram diferentes e já não era capaz de lhes chegar, sentindo-se incapaz e impotente para alterar essa situação foi perdendo o sentido e o interesse na sua atividade profissional.

Nessa altura a maior parte do tempo sentia-se triste e desmotivado e começou a ter dificuldade em dormir. Contou-me que começou então a ser seguido por uma psiquiatra, sua amiga, por insistência das suas irmãs e que esteve um ano de baixa. Ao fim desse ano tentou retomar a sua atividade profissional, mas sentia-se inseguro

e foram-lhe distribuídas turmas com alunos indisciplinados. Os seus sintomas pioraram, sentia-se mais ansioso, triste e ir dar aulas era para ele uma tortura. Retomou a baixa pouco tempo depois. Foi-se afastando dos seus amigos, muitos deles professores, pois sentia-se inútil, preguiçoso.

Eu ia sentindo que o Sr. C. ia progressivamente confiando mais em mim e partilhando um pouco do seu mundo comigo, eu procurava ouvi-lo com atenção, olhá-lo nos olhos e fazer pequenos comentários que o incentivassem a falar-me sobre si. Eu tinha curiosidade e interesse na sua história, e à medida que ele ia partilhando comigo eu sentia um misto de sentimentos, por um lado sentia-me satisfeita por sentir que ele confiava em mim, por outro sentia-me um pouco insegura da minha capacidade para o ajudar a lidar com questões e sentimentos tão complexos.

Falou-me das suas irmãs e a sua companheira que eram as pessoas de quem estava mais próximo, mas o seu tom de voz era triste e profundo, confessando-se culpado pela preocupação e cuidados delas.

Falou-me ainda dos seus pais, que tinham falecido há cerca de um ano, primeiro o seu pai e dois meses depois a sua mãe. Tinha também perdido dois amigos próximos recentemente. Lamentei as suas perdas. Ao que o Sr. C. comentou que a vida era mesmo assim, não fazia qualquer sentido, que estávamos todos condenados à morte e que ele esperava a sua hora também, dizendo isto com pouca emoção, como se falasse de um assunto banal. Continuou dizendo que pensava bastante na morte. Questionei-o se existia algo/alguém que o “prendesse” à vida. Ao que me respondeu, esboçando um sorriso, que a sua ligação às suas irmãs e à sua companheira era o que ainda dava “vida à sua vida” (SIC).

Eu sentia um profundo respeito e admiração pelo Sr. C., que ia crescendo à medida que o ia conhecendo. Era um homem inteligente, com um sentido de humor peculiar, com os quais me identificava e admirava-o na sua luta contra os demónios internos que lhe roubavam a vontade de viver. Luta essa que ele dava, desde logo, como perdida, impossível, sem confiança em si mesmo e nas suas capacidades.

Ao longo da nossa conversa fui lhe colocando questões abertas que o convidassem a questionar essa imagem que tinha sobre si próprio como, preguiçoso, inútil, incapaz de alterar o seu destino, devolvendo-lhe a minha esperança nas suas capacidades.

3º Encontro (7º dia de internamento)

Volvidos dois dias voltei a fazer turno e continuei a minha intervenção com o Sr. C. Encontrei-o no seu sítio habitual na sala de convívio. Cumprimentou-me, de forma simpática, com um sorriso largo. Encontrava-se com mais energia e mais sorridente, que nos dias anteriores, referindo sentir-se “mais animado”. O seu semblante sério estava agora mais leve e descontraído.

A propósito do almoço desse dia, que segundo o Sr. C. tinha sido a melhor refeição que havia comido durante o internamento falou-me de como apreciava comer.

Fui sentindo que o Sr. C. estava mais descontraído e confortável, na relação comigo. Olhava-me mais nos olhos, sorria mais, utilizava mais o seu sentido de humor. Confidenciava-me mais sobre si, de forma espontânea.

Contou-me que nunca tinha aceite muito bem a diabetes mellitus, que havia desenvolvido há 18 anos, no seguimento de uma cirurgia ao um tumor benigno da cabeça do pâncreas, e que por esse motivo durante muitos anos não cumpriu a terapêutica e as restrições alimentares, apesar de conhecer os princípios da alimentação que uma pessoa com diabetes mellitus deve seguir. Sentia-se injustiçado pelo peso da doença e queria ser livre, sem restrições na sua alimentação.

Contou-me vários episódios em que, por negligenciar o cuidado com a sua alimentação e terapêutica, foi necessário ser hospitalizado e assistido.

Neste momento quem confeciona a sua alimentação é a sua empregada doméstica, mas o Sr. C. confessou que não se preocupa com a alimentação, comendo o que lhe apetece, quando apetece.

Ao escutar a forma negligente como o Sr. C. tratava o seu próprio corpo, senti alguma repulsa pelo seu comportamento, em certa medida destrutivo.

À medida que me ia contando como era para si vivenciar esta doença, fui me apercebendo de como se encontrava zangado, ressentido e revoltado e como acabava por virar essa zanga contra si próprio, ao negligenciar os cuidados ao seu corpo. Ao devolver-lhe isso, o Sr. C. concordou e com um olhar triste e vazio disse que apesar disso não queria mudar, que não valia a pena.

Senti-me impotente face ao seu desespero e desesperança e na sua recusa à mudança. Como poderia eu ajudá-lo se ele, por vezes parecia não querer a minha ajuda?

Encontro com irmã do Sr. C. (11º Dia de internamento)

Após quatro dias voltei ao serviço. Nesse dia a irmã do Sr. C. ia visitá-lo e utilizei esse momento para poder conhecê-la e incluí-la no plano de cuidados do Sr.C.

Perguntei ao Sr. C. se se importava que eu falasse com a irmã dele quando terminasse a visita, ao que ele concordou. Quando chegou apresentei-me, e expliquei-lhe que gostaria de falar com ela.

Após a visita, eu e a irmã do Sr. C. reunimos num gabinete. Era uma mulher alta, de meia-idade, um pouco mais nova que o seu irmão. Tinha o mesmo ar sério, olhava-me expectante, por trás dos óculos.

Clarifiquei a finalidade do nosso encontro e comecei por lhe perguntar como é que ela estava a viver o internamento do seu irmão. Disse-me que se sentia aliviada e descansada por, finalmente, ele estar num sítio seguro, a ser cuidado por profissionais. Mas, por outro lado mostrou-se zangada com a equipa, queixando-se, entre várias coisas, da falta de comunicação entre os profissionais e os doentes e suas famílias. O seu tom de voz era alto e rápido e o seu rosto zangado. Após ouvir as suas queixas comuniquei-lhe que compreendia a sua zanga e que por vezes os cuidados oferecidos nem sempre eram os ideais. Comentei ainda, que devia estar muito preocupada com o seu irmão. De repente a sua zanga, deu lugar à tristeza.

A D. Ana contou-me como era para ela ver o seu irmão transformado em alguém que por vezes não reconhecia. Como era difícil e doloroso sentir-se impotente face a algo que não compreendia e não tinha ferramentas para lidar. Após um suspiro profundo comentei que parecia estar cansada, assentiu com a cabeça e deixou que as lágrimas que continha se soltassem.

Após alguns segundos de silêncio, questionou-me o que poderia ela fazer para ajudar o seu irmão. Respondi-lhe que era precisamente por isso que eu queria falar com ela: para juntas pensarmos em algumas estratégias que promovessem a recuperação do seu irmão após a alta. Contou-me como estava a ser difícil ajudar o irmão, pois ele era muito determinado e por vezes não escutava ninguém além dele próprio.

Disse-lhe que o caminho de recuperação do Sr. C. era um percurso dele, ela poderia apoiá-lo e estar presente, mas não poderia fazer esse caminho por ele, ninguém podia.

Após um silêncio de reflexão, a D. Ana foi pensando em algumas formas de ajudar o irmão: procurar passar mais tempo com ele, por exemplo ir jantar a casa dele uma vez por semana; procurar atividade que pudessem fazer em conjunto; incentivá-lo a iniciar um processo psicoterapêutico. Acrescentei que era importante mostrar-se compreensiva para com as limitações do seu irmão, e que procurar aproximar-se dele poderia ser também frustrante. Falei-lhe no grupo de famílias, dinamizado naquele serviço por uma enfermeira, que seria um espaço onde poderia falar das suas dificuldades e angústias e escutar outras pessoas que enfrentavam dificuldades semelhantes.

Mostrei-me disponível para conversar novamente com ela, se sentisse necessidade e despedimo-nos. Ao cumprimentar-me estava visivelmente emocionada, com os olhos húmidos e agradeceu-me muito por tê-la escutado.

4º Encontro (12º Dia de internamento)

No dia seguinte preparei uma atividade de grupo de movimento e expressão corporal para alguns dos doentes internados e considerei que seria benéfico o Sr. C. participar nesta atividade, uma vez que objetivos iam ao encontro às necessidades de cuidados do Sr. C. Assim promoveria o contacto com seu próprio corpo e as suas emoções e ao mesmo tempo, com as outras pessoas internadas.

Nesse dia, aproximei-me do Sr. C. , na sala de convívio, cumprimentei-o e expliquei-lhe que iria realizar uma atividade, que na minha opinião seria benéfica para ele e convidei-o a participar. Ele mostrou-se um pouco reticente, colocou-me algumas questões, mas após explicar-lhe em que consistia aceitou integrar a atividade.

5º Encontro (15º Dia de internamento)

Após três dias regressei ao serviço. Como habitualmente, a meio do turno da manhã encontrei o Sr. C. na sala de convívio a ler o seu jornal.

Cumprimentei-o e ele cumprimentou-me de volta, com um sorriso. Sentei-me a seu lado, perguntando-lhe como havia passado aqueles últimos dias. Disse-me que se sentia melhor, mas que a sua médica nessa manhã lhe tinha falado que teria alta em breve, e que ainda não se sentia preparado para ter alta.

Disse-me que estava apreensivo com a sua alta, pois não sabia como iria ser

“lá fora”. A sua postura era tensa e ia apertando as mãos à medida que falava comigo.

Fui-lhe colocando algumas questões para que pudéssemos explorar as suas inquietações em relação à alta, mas terminava sempre dizendo que não queria falar sobre aquele assunto, que depois pensava nisso.

Eu ia-me sentindo impotente e frustrada perante a sua resistência, apesar disso, fui insistindo que me parecia importante discutirmos os seus sentimentos em relação à alta e o seu plano/projeto após a saída do internamento. Contudo o Sr. C. mantinha-se firme em não querer falar sobre esse assunto.

Reafirmava a sua desesperança e descrença na sua recuperação, bem como a impotência para alterar a sua vida. Fui-lhe devolvendo que o sentia bastante diferente do início do internamento, e que ele próprio já me tinha dito que se sentia melhor. Continuei dizendo-lhe que tinha começado o seu percurso de recuperação e que agora poderia continuá-lo “lá fora”.

À medida que lhe fui mostrando a minha perspetiva, foi ficando mais tenso, irritado, dizendo-me que era ele quem sabia como se sentia, e que eu não o podia compreender porque nunca tinha estado doente como ele.

Respondi-lhe que, de fato, nunca tinha passado pela mesma experiência que ele, mas que estava a procurar ajudá-lo. Olhou-me e permanecemos alguns segundos em silêncio. Senti-me frustrada e triste e pareceu-me que o melhor seria não insistir naquele assunto, pelo menos naquele momento. Fui eu quem quebrou o silêncio dizendo-lhe que se ele ia ter alta, era também a altura de nos despedirmos.

A sua expressão facial suavizou-se. Acenou que sim e sorriu. Perguntou-me até quando eu continuaria o meu estágio ali naquele serviço. Respondi-lhe que continuaria ali mais algumas semanas e depois mudaria para outro local.

O nosso diálogo foi interrompido pela chamada para o almoço.

Levantámo-nos e eu disse-lhe que se não tivéssemos mais oportunidade de falar naquele dia amanhã ainda nos veríamos, pois eu iria também lá estar e despedimo-nos com um “até já”.

6º Encontro (16º Dia de internamento)

No dia seguinte à tarde procurei o Sr. C. na sala de convívio. Encontrei-o sentado no mesmo sítio de sempre, a ler um livro. E como sempre, sentei-me a seu lado.

Perguntei-lhe como estava e se tinha pensado no que tínhamos falado no dia anterior. Respondeu-me que sim e que tinha estado a falar com a sua médica nessa manhã que lhe tinha proposto integrar o hospital de dia após a alta. O Sr. C. mostrava-se muito reticente em relação a essa possibilidade, dizendo que achava que não era o seu “género” e que não ia gostar. Propus-lhe que experimentasse e depois decidisse se gostava ou não.

Questionei-o se tinha pensado em como se iria organizar após a alta. Disse-me que depois logo veria, afastando o assunto uma vez mais.

Eu ia-me sentindo cada vez mais impotente e sentia também que de alguma forma estava a falhar, pois não estava a ser capaz de o ajudar a construir um projeto para a sua recuperação após a alta.

Fui-lhe falando em algumas possibilidades de atividades que poderia realizar após a alta: visitar a biblioteca perto de sua casa (uma vez que gostava bastante de ler); realizar caminhadas (para cuidar melhor do seu corpo)... Às minhas sugestões ia argumentado que não gostava, ou que não valia a pena o esforço, que queria ficar em casa sossegado.

Ajudar o Sr. C. não era uma tarefa fácil, e eu ia-me sentindo absorvida pelo seu pessimismo e desesperança.

Perguntei-lhe se havia algo que eu pudesse fazer para o ajudar. O Sr. C. sorriu e disse-me que não havia nada que eu pudesse fazer.

Apesar de me sentir triste, impotente, frustrada por querer ajudá-lo e sentir que não o estava a fazer, compreendi que era importante respeitar o seu tempo e as suas decisões.

No final do turno aproximei-me do Sr. C., na sala de convívio. A sua alta estava planeada para o dia seguinte, por isso provavelmente já não nos veríamos. Para mim, foi com alguma tristeza que me despedi do Sr. C. No meu pensamento algumas dúvidas assaltavam-me: como iria ser o seu regresso a casa? Iria ser capaz de continuar a sua recuperação, ou iria deixar-se afogar no mar de apatia e desesperança?

Sentia-me também, por outro lado, grata por ter tido o privilégio de poder acompanhá-lo naquele percurso. Tinha sido uma tarefa bastante exigente, mas simultaneamente tinha sido uma experiência muito gratificante.

Sentia afeto pelo Sr. C. e apesar das minhas dúvidas e receios quanto à sua

alta, desejava que a sua recuperação pudesse continuar e que a parte viva que existia dentro dele pudesse ganhar ao outro lado mais sombrio.

O Sr. C. sorriu-me e despediu-se dizendo que tinha sido muito bom conhecer-me e que me desejava toda a sorte e felicidade no meu estágio e na minha vida. Eu sorri, devolvendo-lhe que tinha sido também muito bom conhecê-lo e um privilégio acompanhá-lo durante o internamento e que lhe desejava tudo de bom também. Sorrimos um para o outro, emocionados e ele estendeu-me a sua mão direita, para um aperto, que eu recebi afetuosamente.

Plano de cuidados- Diagnósticos de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Relacionado com	Manifestado por	Resultado esperado	Indicador de resultado
Angústia Espiritual Capacidade comprometida de viver e integrar sentido e finalidade à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou um poder superior a si mesmo.	Perda de pessoas significativas(pais e amigos); Perda de sentido e motivação profissional;	Verbalizações de falta de sentido para a vida: <i>“Não estou cá a fazer nada.”</i>	Estado de conforto psicoespiritual “Relaxamento psicoespiritual relacionado com o autoconceito, bem-estar emocional, fonte de inspiração e sentido e finalidade da própria vida	Sentido e finalidade de vida;
Desesperança Estado subjetivo em que um indivíduo vê alternativas ou escolhas pessoais limitadas ou ausente e é incapaz de mobilizar energias a seu favor	Sensação que a realidade é difícil demais para ser modificada; Crença de que não há solução para os seus problemas;	Verbalização de impotência e ausência de esperança num futuro melhor; <i>“Não há nada que eu possa fazer para mudar a minha situação. Nem eu nem ninguém.”</i>	Esperança “Otismo que, pessoalmente satisfaz e oferece apoio à vida ”	Expressão de expectativa num futuro positivo; Estabelecimento de metas; Expressão de sensação de autocontrolo; Expressão de crença em si;
Baixa auto-estima Auto avaliação e sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou sobre as próprias capacidades	Imagem distorcida de si mesmo; Forte auto-crítica;	Imagem de si mesmo como <i>“incompetente, desleixado, preguiçoso, incapaz”</i> Verbalização de	Auto-estima “Julgamento pessoal de auto-valor”	Verbalizações de auto-aceitação; Aceitação das suas limitações;

		sentimentos de culpa “ <i>a culpa de tudo isto é minha</i> ”		Descrição positiva de si mesmo; Descrição de orgulho de si mesmo;
Adaptação Prejudicada “Incapacidade de modificar o estilo de vida/comportamento de maneira consistente com relação a uma mudança no estado de saúde”	Desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo II	Verbalizações de zanga e sentimento de injustiça face à doença: “ <i>Isto da doença é sempre uma coisa muito injusta.</i> ” Comportamentos desadequados relação à alimentação e administração de terapêutica;	Aceitação: Estado de Saúde “Aceitação de mudança significativa no estado de saúde”	Abandono do conceito anterior de saúde pessoal; Reconhecimento da realidade da situação de saúde; Desempenho de tarefas de autocuidado;
Pesar “Um processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida às suas vidas diárias”	Perda dos pais há um ano e de dois amigos próximos.	Verbalização de perda de sentido para a vida; “ <i>A vida não me interessa. Acho as coisas, as pessoas aborrecidas.</i> ” “ <i>Quero ficar em casa sossegado, à espera que chegue a minha vez.</i> ”	Resolução do Pesar “Ajustes a perda real, ou imente”	Manutenção de boa higiene e cuidados corporais; Envolvimento em atividades sociais; Verbalização de aceitação da perda; Expressão de expectativas positivas sobre o futuro

Plano de Cuidados- Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultado esperado	Intervenções de Enfermagem	Atividades
Angústia Espiritual Capacidade comprometida de viver e integrar sentido e finalidade à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou um poder superior a si mesmo.	Estado de conforto: psicoespiritual “Relaxamento psicoespiritual relacionado com o autoconceito, bem-estar emocional, fonte de inspiração e sentido e finalidade da própria vida”	Construção de relação complexa; Escuta ativa; Apoio espiritual;	Promover o contacto com os outros, consigo mesmo, com a música, arte, natureza ou um poder superior ao Sr.C..; Promover as interações com as irmãs e companheira do Sr.C. e inclui-las no plano de cuidados; Promover as interações do Sr. C. com as outras pessoas internadas através de atividades de grupo; Explorar com o Sr. C. os sentimentos de ausência de sentido para a sua vida;
Desesperança Estado subjetivo em que um indivíduo vê alternativas ou escolhas pessoais limitadas ou ausente e é incapaz de mobilizar energias a seu favor	Esperança “Otismo que, pessoalmente satisfaz e oferece apoio à vida ”	Construção de relação complexa; Escuta ativa; Promoção da esperança;	Explorar com o Sr. C.. as razões de esperança na sua vida; Promover expressão de sentimento e pensamentos associados ao sentimento de desesperança; Demonstrar esperança no valor e

			<p>recursos internos do Sr. C. para lidar com a situação de doença;</p> <p>Incentivar as irmãs e companheira a prestar apoio ao Sr. C.</p> <p>Envolver o Sr. C. nos seu plano de cuidados enfatizando o seu papel primordial no seu processo de recuperação;</p>
<p>Baixa auto-estima Auto avaliação e sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou sobre as próprias capacidades</p>	<p>Auto-estima “Julgamento pessoal de auto-valor”</p>	<p>Construção de relação complexa;</p> <p>Escuta ativa;</p> <p>Fortalecimento da auto-estima;</p>	<p>Estabelecer de uma relação pautada por uma atitude de não julgamento e aceitação;</p> <p>Transmitir confiança nas capacidades do Sr. C. para lidar com a situação;</p> <p>Promover o questionamento do Sr. C. acerca das percepções negativas que tem de si mesmo;</p> <p>Explorar a sua história de vida e as suas conquistas pessoais anteriores;</p>
<p>Adaptação Prejudicada “Incapacidade de modificar o estilo de vida/comportamento de maneira consistente com relação a uma mudança no estado de</p>	<p>Aceitação: Estado de Saúde “Aceitação de mudança significativa no estado de saúde</p>	<p>Construção de relação complexa</p> <p>Escuta ativa;</p> <p>Melhora da auto-competência;</p>	<p>Incentivar os comportamentos de autocuidado;</p> <p>Explorar com o Sr. C. quais os seus conhecimentos acerca dos</p>

saúde”			<p>cuidados a ter com a sua alimentação e terapêutica;</p> <p>Explorar com o Sr. C. quais os seus sentimentos e pensamentos em relação a ter diabetes mellitus tipo II.</p> <p>Incentivar o Sr.C. A adotar comportamentos de auto-cuidado, em particular no que se refere à alimentação e administração de terapêutica;</p> <p>Reforçar a confiança nos recursos internos e capacidade de modificar hábitos do Sr. C.</p>
<p>Pesar</p> <p>“Um processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida às suas vidas diárias”</p>	<p>Resolução do Pesar</p> <p>“Ajustes a perda real, ou imente”</p>	<p>Construção de relação complexa;</p> <p>Escuta ativa;</p> <p>Facilitação do processo de pesar;</p>	<p>Explorar com o Sr. C. sentimentos e pensamentos associados às perdas que viveu;</p> <p>Demonstrar empatia pelas experiências de perda do Sr. C;</p> <p>Envolver as irmãs e companheira no processo;</p>

